

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FARMACIA**

**Departamento de Nutrición y Bromatología I**



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**María de las Mercedes Izquierdo Guerrero**

Directores

**Beatriz Navia Lombán  
José Miguel Perea Sánchez  
Ana M<sup>a</sup> Requejo Marcos**

**Madrid, 2016**



**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID**

**FACULTAD DE FARMACIA  
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BROMATOLOGÍA I**

**ESTUDIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y  
CONOCIMIENTOS NUTRICIONALES EN EMBARAZADAS  
DE DISTINTAS ÁREAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD  
DE MADRID**

**MARÍA DE LAS MERCEDES IZQUIERDO  
GUERRERO**

**Directores:**

**Dra. Beatriz Navia Lombán**

**Dr. José Miguel Perea Sánchez**

**Dra. Ana M<sup>a</sup> Requejo Marcos**

**MADRID 2015**







**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID**

**FACULTAD DE FARMACIA  
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BROMATOLOGÍA I**

**TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONOCIMIENTOS  
NUTRICIONALES EN EMBARAZADAS DE DISTINTAS ÁREAS DE  
SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**MARÍA DE LAS MERCEDES IZQUIERDO GUERRERO**

Aspirante al grado de Doctor por la Universidad Complutense de Madrid

Directores

Dra. Beatriz Navia Lombán

Dr. José Miguel Perea Sánchez

Dra. Ana M<sup>a</sup> Requejo Marcos

V<sup>o</sup> B<sup>o</sup> Directora del departamento

Dr. Ana M<sup>a</sup> López Sobaler

Madrid, 2015



*A Antonio*

*A Ángela.*





## **Agradecimientos**

A Antonio y a nuestra hija Ángela, por su paciencia, comprensión, cariño y amor incondicional, por ser los motores de mi vida para seguir siempre adelante, y por todo el tiempo que no he compartido con ellos para poder realizar este trabajo.

A mis directores de tesis, la Dra. Beatriz Navia Lombán, el Dr. José Miguel Perea Sánchez y la Dra. Ana M<sup>a</sup> Requejo Marcos, por el tiempo dedicado a la dirección de este trabajo, por sus conocimientos, sus consejos y por toda la confianza que han depositado en mí, dándome su cariño y apoyo cuando más lo necesitaba, y por darme ánimos en todo momento. Sin ellos esta tesis no hubiera podido llegar a su fin.

A todas las personas que forman parte del Departamento de Nutrición por apoyarme y haberme ayudado en todo momento en la realización de este trabajo, por su compañerismo, y sus buenos consejos.

A mi familia, por estar siempre a mi lado.

A las matronas de los centros de salud por cedernos su tiempo y brindarnos su apoyo, y a todas y cada una de las gestantes que han participado en el estudio, por su colaboración desinteresada, sin las cuales no se podría haber realizado este trabajo.

A todos, gracias.





# ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	V
ÍNDICE DE CUADROS .....	XXII
ÍNDICE DE GRÁFICAS .....	XXIII
RESUMEN .....	1
SUMMARY .....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Concepto .....	11
1.2. Importancia de la nutrición en el embarazo.....	11
1.3. Fisiología del embarazo .....	13
1.3.1. Expansión del volumen plasmático .....	14
1.3.2. Desarrollo de la placenta .....	14
1.4. Embarazos de riesgo .....	15
1.5. Estado nutricional en el embarazo y en la etapa pre-concepcional ...	15
1.5.1. Importancia del estado nutricional en la etapa pre-concepcional .....	16
1.5.2. La fertilidad .....	16
1.5.3. Importancia del estado nutricional en la etapa de embarazo .....	18
1.5.4. Nutrición y malformaciones congénitas .....	18
1.5.5. Influencia de la nutrición de la madre en el peso del neonato .....	20
1.5.6. Ganancia de peso .....	21
1.6. Hábitos alimentarios en el embarazo .....	24
1.6.1. Consumo de alimentos.....	25
1.6.2. Productos lácteos .....	27
1.6.3. Huevo.....	28
1.6.4. Pescado .....	28
1.6.5. Bebidas alcohólicas .....	29
1.6.6. Frutas y hortalizas.....	29
1.6.7. Cereales y legumbres.....	30
1.6.8. Energía y nutrientes .....	30
1.6.9. Energía.....	31
1.6.10. Proteínas.....	32
1.6.11. Hidratos de carbono y fibra.....	33
1.6.12. Lípidos .....	35
1.6.13. Vitaminas .....	37
1.6.14. Minerales.....	45
1.6.15. Hidratación en el embarazo.....	51

1.6.16.	Otras consideraciones relacionadas con los hábitos alimentarios de la embarazada .....	51
1.7.	Alteraciones en el embarazo .....	57
1.7.1.	Estreñimiento .....	57
1.7.2.	Naúseas y vómitos .....	58
1.8.	Conocimientos, creencias y percepciones.....	59
1.8.1.	Preferencias.....	59
1.8.2.	Creencias.....	60
1.8.3.	Nivel educativo .....	61
1.8.4.	Conocimientos .....	62
1.8.5.	Antojos.....	63
2.	HIPÓTESIS .....	65
3.	OBJETO .....	67
4.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	69
4.1.	Material.....	69
4.1.1.	Etapas del estudio .....	69
4.1.2.	Criterios de inclusión .....	69
4.1.3.	Criterios de exclusión .....	70
4.1.4.	Distribución de la muestra .....	70
4.1.5.	Características de la población de estudio .....	70
4.2.	Métodos .....	73
4.2.1.	Cuestionario de nutrición para gestantes .....	73
4.2.2.	Cuestionario de datos demográficos .....	74
4.2.3.	Recuerdo de 24 horas.....	75
4.2.4.	Análisis de datos dietéticos .....	75
4.2.5.	Estudio estadístico .....	76
5.	RESULTADOS .....	77
6.	DISCUSIÓN.....	247
6.1.	Datos personales y antropométricos .....	247
6.2.	Datos socioeconómicos.....	256
6.3.	Datos dietéticos.....	260
6.3.1.	Consumo de alimentos.....	260
6.3.2.	Ingesta de energía .....	265
6.3.3.	Perfil calórico y lipídico .....	267
6.3.4.	Ingesta de micronutrientes .....	269
6.4.	Preferencias, aversiones y antojos .....	283
6.5.	Regímenes seguidos durante el embarazo .....	288
6.6.	Comidas realizadas al día.....	289

6.7.	Alteraciones del embarazo.....	289
6.8.	Consumo de suplementos .....	291
6.9.	Conocimientos nutricionales en las gestantes.....	294
7.	CONCLUSIÓN .....	317
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	324
9.	ANEXOS.....	381

## INDICE DE ABREVIATURAS

µg	microgramos
ADN	Ácido desoxi nucleico
AGI	Ácidos grasos insaturados
AGM	Ácidos grasos monoinsaturados
AGP	Ácidos grasos poliinsaturados
AGS	Ácidos grasos saturados
CA	Coefficiente de actividad
cm	centímetro
DHA	Ácido docosahexaenoico
dL	decilitro
DS	Desviación estándar
DTN	Defectos del tubo neural
EDAF	Espectro de los desórdenes relacionados con el alcoholismo
EPA	Ácido eicosapentaenoico
g	gramo
GET	Gasto energético teórico
IGF-1	Factor de crecimiento tipo insulina 1
IMC	Índice de masa corporal
IR	Ingestas recomendadas
IU	Unidades internacionales
kcal	Kilocalorías
kg	Kilogramos
LDL	Lipoproteína de baja densidad
m	metro
mg	miligramo
mU	miliunidades
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNC	Sistema nervioso central
TDAH	Trastornos de hiperactividad con deficit de atención
TSH	Hormona estimulante de la tiroide
TV	Televisión
USDA	Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
vs	versus

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 5.1 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	77
Tabla 5.2 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	78
Tabla 5.3 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	79
Tabla 5.4 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	80
Tabla 5.5 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	81
Tabla 5.6 Datos del consumo de alcohol en la gestante. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	81
Tabla 5.7 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	82
Tabla 5.8 Datos personales y antropométricos de la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	83
Tabla 5.9 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	84
Tabla 5.10 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	85
Tabla 5.11 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	86
Tabla 5.12 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	87
Tabla 5.13 Datos del consumo de alcohol en la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	87



Tabla 5.14 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	88
Tabla 5.15 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	89
Tabla 5.16 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	90
Tabla 5.17 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	91
Tabla 5.18 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	92
Tabla 5.19 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	93
Tabla 5.20 Datos del consumo de alcohol en las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	93
Tabla 5.21 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Datos en función del país de origen de la gestante.....	94
Tabla 5.22 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	95
Tabla 5.23 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	96
Tabla 5.24 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	97
Tabla 5.25 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	98
Tabla 5.26 Datos del hábito tabáquico de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	99

Tabla 5.27 Datos del consumo de alcohol de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	100
Tabla 5.28 Datos del consumo de bebidas con cafeína de la gestante. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	100
Tabla 5.29 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	101
Tabla 5.30 Ingesta de energía. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	102
Tabla 5.31 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	103
Tabla 5.32 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	104
Tabla 5.33 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	105
Tabla 5.34 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante (%). ....	106
Tabla 5.35 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante (%). ....	107
Tabla 5.36 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	108
Tabla 5.37 Ingesta de energía. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	109
Tabla 5.38 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	110
Tabla 5.39 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	111

Tabla 5.40 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	112
Tabla 5.41 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo (%). .....	113
Tabla 5.42 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo (%). .....	114
Tabla 5.43 Consumo de alimentos. Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	115
Tabla 5.44 Ingesta de energía. Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	116
Tabla 5.45 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	117
Tabla 5.46 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	118
Tabla 5.47 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	119
Tabla 5.48 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante (%). ....	120
Tabla 5.49 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante (%). ....	121
Tabla 5.50 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	122
Tabla 5.51 Ingesta de energía. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	123

Tabla 5.52 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	124
Tabla 5.53 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	125
Tabla 5.54 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	126
Tabla 5.55 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante (%). ....	127
Tabla 5.56 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante (%). ....	128
Tabla 5.57 Frecuencia de consumo de alimentos de las gestantes (raciones/día). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	129
Tabla 5.58 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	130
Tabla 5.59 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	131
Tabla 5.60 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	132
Tabla 5.61 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	133
Tabla 5.62 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	134

Tabla 5.63 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	135
Tabla 5.64 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	136
Tabla 5.65 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	137
Tabla 5.66 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	138
Tabla 5.67 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	139
Tabla 5.68 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	140
Tabla 5.69 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	141
Tabla 5.70 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	142
Tabla 5.71 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	143
Tabla 5.72 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	144
Tabla 5.73 Aversiones alimentarias de las gestantes. (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	145
Tabla 5.74 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	146

Tabla 5.75 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	147
Tabla 5.76 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	148
Tabla 5.77 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	149
Tabla 5.78 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	150
Tabla 5.79 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	151
Tabla 5.80 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	152
Tabla 5.81 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	153
Tabla 5.82 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo. ....	154
Tabla 5.83 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	155
Tabla 5.84 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	156
Tabla 5.85 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	157
Tabla 5.86 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo. ....	157

Tabla 5.87 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	158
Tabla 5.88 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	158
Tabla 5.89 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes).....	159
Diferencias en función de la edad de la gestante.....	159
Tabla 5.90 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	160
Tabla 5.91 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	161
Tabla 5.92 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	161
Tabla 5.93 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función de la edad de la gestante....	162
Tabla 5.94 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	163
Tabla 5.95 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	163
Tabla 5.96 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	164

Tabla 5.97 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	165
Tabla 5.98 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	166
Tabla 5.99 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	167
Tabla 5.100 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	168
Tabla 5.101 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	169
Tabla 5.102 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	170
Tabla 5.103 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	171
Tabla 5.104 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	172



Tabla 5.105 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	173
Tabla 5.106 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	174
Tabla 5.107 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	175
Tabla 5.108 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	176
Tabla 5.109 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	177
Tabla 5.110 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	178
Tabla 5.111 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	179
Tabla 5.112 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	180
Tabla 5.113 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	181

Tabla 5.114 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	182
Tabla 5.115 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	183
Tabla 5.116 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	184
Tabla 5.117 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso.....	185
(% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	185
Tabla 5.118 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso.....	185
(% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	185
Tabla 5.119 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	186
Tabla 5.120 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	186
Tabla 5.121 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	187
Tabla 5.122 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	188
Tabla 5.123 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	189

Tabla 5.124 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	190
Tabla 5.125 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	191
Tabla 5.126 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	192
Tabla 5.127 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	193
Tabla 5.128 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del IMC previo de al embarazo. ....	194
Tabla 5.129 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	195
Tabla 5.130 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	195
Tabla 5.131 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	196
Tabla 5.132 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	196
Tabla 5.133 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...Diferencias en función de la edad de la gestante.....	197

Tabla 5.134 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada.....	198
se debería modificar...Diferencias en función del IMC previo al embarazo.	198
Tabla 5.135 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada.....	199
se debería modificar...Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	199
Tabla 5.136 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada.....	200
se debería modificar...Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	200
Tabla 5.137 Respuesta a las siguientes afirmaciones (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	201
Tabla 5.138 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	202
Tabla 5.139 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del origen de la gestante. ....	203
Tabla 5.140 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	204
Tabla 5.141 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	205
Tabla 5.142 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	206
Tabla 5.143 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	207
Tabla 5.144 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	208

Tabla 5.145 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	209
Tabla 5.146 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	210
Tabla 5.147 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	211
Tabla 5.148 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	212
Tabla 5.149 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	213
Tabla 5.150 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo. ....	214
Tabla 5.151 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. .	215
Tabla 5.152 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	216
Tabla 5.153 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	217
Tabla 5.154 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	218
Tabla 5.155 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	219
Tabla 5.156 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	220
Tabla 5.157 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	221

Tabla 5.158 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	222
Tabla 5.159. Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	223
Tabla 5.160 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	224
Tabla 5.161 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	225
Tabla 5.162 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante. ....	226
Tabla 5.163 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	227
Tabla 5.164 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	228
Tabla 5.165 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante. ....	229
Tabla 5.166 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante. ....	230

Tabla 5.167 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	231
Tabla 5.168 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	232
Tabla 5.169 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	233
Tabla 5.170 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante. ....	234
Tabla 5.171 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	235
Tabla 5.172 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	236
Tabla 5.173 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	237
Tabla 5.174 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	238
Tabla 5.175 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante. ....	239
Tabla 5.176 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	240
Tabla 5.177 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten	

información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	241
Tabla 5.178 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	242
Tabla 5.179 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	243
Tabla 5.180 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	244
Tabla 5.181 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	245
Tabla 5.182 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.....	245
Tabla 5.183 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	245
Tabla 5.184 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante. ....	246



## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1 Recomendaciones de ganancia de peso en embarazadas.....	22
Cuadro 4.1 Distribución de la población por áreas de salud.....	70
Cuadro 4.2 Distribución de la población según la edad de la gestante.....	70
Cuadro 4.3 IMC previo al embarazo según Food and Nutrition Board.....	71
Cuadro 4.4 Distribución de la población según su IMC previo al embarazo....	71
Cuadro 4.5 Distribución de la población extranjera según su país de origen...	72
Cuadro 4.6 Distribución inicial de la población según el nivel de estudios.....	72
Cuadro 4.7 Distribución definitiva de la población según el nivel de estudios.....	73
Cuadro 6.1 Edad media (años) de las gestantes según la nacionalidad de la madre.....	247
Cuadro 6.2 Límites de ganancia de peso aconsejada para gestantes en función del índice de masa corporal previo al embarazo.....	251
Cuadro 6.3 Coeficientes de correlación (r) entre la ingesta energética y el consumo de los diferentes grupos de alimentos.....	266
Cuadro 6.4 Coeficientes de correlación significativos (r) entre la ingesta de proteínas y el consumo de los diferentes grupos de alimentos.....	269
Cuadro 6.5 Número de raciones diarias de alimentos recomendado para mujeres embarazadas.....	279
Cuadro 6.6 Ingesta de energía y peso ganado durante el embarazo. Diferencias en función de haber tenido antojos.....	286
Cuadro 6.7 Consumo de suplemento previo al embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función de la edad de las gestantes.....	294

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 4.1 Distribución de la población según el país de origen.....	71
Gráfica 6.1 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	249
Gráfica 6.2 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función del IMC previo la gestante.....	250
Gráfica 6.3 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	250
Gráfica 6.4 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	261
Gráfica 6.5 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del IMC previo.....	262
Gráfica 6.6 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del rango de peso del descendiente.....	263
Gráfica 6.7 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	264
Gráfica 6.8 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	265
Gráfica 6.9 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	267
Gráfica 6.10 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función del IMC previo.....	268
Gráfica 6.11 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	268
Gráfica 6.12 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66% (B) de la IR. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	270
Gráfica 6.13 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del IMC previo.....	270
Gráfica 6.14 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del IMC previo.....	273

Gráfica 6.15 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	274
Gráfica 6.16 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	275
Gráfica 6.17 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	276
Gráfica 6.18 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	277
Gráfica 6.19 Comparación entre el consumo declarado de grupos de alimentos (raciones/día) por la gestante, y el que ella cree conveniente con el consumo mínimo marcado.....	281
Gráfica 6.20 Porcentaje de gestantes (%) que había tenido antojos, preferencias y aversiones por ciertos alimentos durante el embarazo. Diferencias en función de la edad.....	287
Gráfica 6.21 Alimentos que las mujeres mencionaron como antojos en mayor porcentaje (%) durante el embarazo. Diferencias en función de la edad.....	287
Gráfica 6.22 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante....	301
Gráfica 6.23 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	302
Gráfica 6.24 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios la gestante.....	302
Gráfica 6.25 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	304
Gráfica 6.26 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	304
Gráfica 6.27 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	305

Gráfica 6.28 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	306
Gráfica 6.29 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	307
Gráfica 6.30 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	308
Gráfica 6.31 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.....	309
Gráfica 6.32 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	309
Gráfica 6.33 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	310
Gráfica 6.34 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.....	312
Gráfica 6.35 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	313
Gráfica 6.36 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.....	314
Gráfica 6.37 Porcentaje de gestantes (%) a las que les gustaría recibir más información. Diferencias en función del país de origen de la gestante.....	316



## **RESUMEN**

### **Introducción y objetivos**

El embarazo o gestación se define como el período de desarrollo intrauterino, que abarca entre 38 y 42 semanas, y que comprende desde la concepción hasta el nacimiento. Desde el punto de vista nutricional, esta etapa constituye una de las más vulnerables en la vida de la mujer, ya que, además de tratarse de un periodo en el cual las necesidades de nutrientes son especialmente elevadas, pues la gestante no sólo debe cubrir sus propias necesidades, sino también las del feto en crecimiento y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos, cualquier error nutricional podría tener repercusiones más graves que en otras etapas de la vida y afectar, no sólo a la salud de la madre, sino también a la del descendiente, y no sólo durante el proceso gestacional, sino también en etapas posteriores de la vida.

Por otro lado, si bien el embarazo, puede ser una etapa altamente motivadora para que la mujer modifique su comportamiento alimentario, constituyendo un momento óptimo para inculcar la importancia de una alimentación y un estilo de vida saludable, diversos trabajos han comprobado que, en muchas ocasiones, los conocimientos nutricionales de las gestantes no son los más acertados, hecho que unido a los antojos, o a los cambios en el apetito y el gusto, declarados de forma frecuente por las embarazadas, hace que la dieta no sea siempre adecuada, especialmente, en las gestantes con un menor nivel educacional.

En base a todo ello, el objeto de la presente tesis doctoral ha sido conocer los hábitos alimentarios, el estilo de vida y los conocimientos en nutrición de un grupo de gestantes de la Comunidad de Madrid y, analizar las diferencias existentes en función de distintas variables como la edad, el IMC previo al embarazo, el nivel de estudios y el país de origen de la embarazada.

### **Material y métodos**

Se ha estudiado un grupo de 432 mujeres, en el tercer trimestre de embarazo, que acudían a las clases de preparación al parto impartidas en alguno de los centros de salud de once áreas de la Comunidad de Madrid. Una vez obtenido

el consentimiento informado por parte de las gestantes, las mujeres rellenaron un recuerdo de 24 horas, así como otra serie de cuestionarios con información acerca de su salud y sobre sus creencias, opiniones y conocimientos en nutrición. Posteriormente, tras el parto, se telefoneó a las mujeres con el fin de conocer su peso al final del embarazo, el tipo de parto (cesárea o no), si habían tenido alguna complicación en el mismo, así como el sexo y, el peso y la talla al nacer del niño.

A partir de los datos de consumo de alimentos y bebidas, se calculó el contenido en energía y nutrientes de las dietas, que fue, posteriormente, comparado con las ingestas recomendadas y los objetivos nutricionales, con el fin de enjuiciar la adecuación de las dietas de las gestantes. Todos los datos obtenidos en el estudio, se incorporaron y depuraron en una base de datos Excel, la cual fue analizada de forma estadística en SPSS (versión 20), tras ajustar los datos dietéticos a la variabilidad de la ingesta calórica mediante el método de los residuos.

Para analizar las diferencias existentes entre medias, se empleó el test de la t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA). Además, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Para conocer las diferencias entre variables cualitativas la prueba empleada fue la de  $\chi^2$ . En todos los casos, se consideraron significativas las diferencias con  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

La edad media de las gestantes estudiadas fue  $31,63 \pm 4,87$  años, cifra superior en las mujeres españolas ( $p < 0,05$ ) y en las de mayor nivel educacional ( $p < 0,05$ ). Las gestantes extranjeras, que supusieron el 25,8% de la muestra, eran más jóvenes ( $p < 0,05$ ) y tenían menos estudios ( $p < 0,05$ ) que las españolas (74,2%).

El IMC previo al embarazo fue de  $22,98 \pm 3,73$   $\text{kg/m}^2$ , más elevado en las mujeres de menos estudios ( $r = 0,116$ ,  $p < 0,05$ ). Un 18,1% de las mujeres presentó bajo peso, un 64,5% normalidad, y un 10,8% y un 6,6%, sobrepeso y obesidad, respectivamente. Aunque sólo el 19,8% de las gestantes consiguió el

aumento de peso aconsejado, la ganancia media de peso ( $11,91 \pm 5,10$  kg) estuvo dentro de los límites promedios recomendados por la OMS.

Un 75,6% de las mujeres planificó el embarazo, aumentando este porcentaje a medida que aumentaba la edad ( $r = 0,278$ ,  $p < 0,01$ ) y, siendo más alto, en la población española que extranjera ( $p < 0,05$ ). El porcentaje de mujeres que planificó el embarazo, también fue superior en las que tenían estudios superiores con respecto a las de menor nivel educacional ( $p < 0,05$ ).

La media del número de hijos fue de  $1,25 \pm 0,49$ , cifra que aumentaba con la edad ( $r = 0,259$ ,  $p < 0,01$ ). Los recién nacidos tuvieron un peso medio al nacer de  $3,27 \pm 0,48$  kg, siendo éste superior en aquellos de madres con un IMC previo al embarazo indicativo de normopeso ( $p < 0,05$ ) y en los de madres extranjeras ( $p < 0,05$ ). La práctica de cesárea fue, significativamente mayor, en las gestantes con obesidad previa ( $p < 0,05$ ).

Al analizar los datos dietéticos, y aunque la dieta no fue, en general, adecuada en el colectivo total, los desequilibrios nutricionales fueron más notables en las mujeres de origen extranjero y de bajo nivel educativo.

Un 8,8% de la población consumió alcohol en el embarazo, concretamente cerveza ( $1,25 \pm 0,80$  veces/semana) y vino ( $0,95 \pm 0,79$  veces/semana), situación que fue más frecuente entre las mujeres españolas y en las de menor nivel de educación ( $p < 0,05$ ). Las bebidas con cafeína, especialmente café (45,2%) y cola (33,2%), fueron consumidas por el 69,4% de la población, observándose una relación inversa entre el peso al nacer del niño y el número de tazas de café consumidas al día ( $r = -0,137$ ,  $p = 0,036$ ).

El 64,0% de la población sintió más apetito durante el embarazo y un 53,4% dijo que había alimentos que le gustaban más a raíz del mismo, siendo el porcentaje más alto entre las extranjeras ( $p < 0,05$ ). Los alimentos preferidos por las gestantes fueron los bollos y dulces (13,9%), seguidos de la fruta (10,2%), verdura (6,5%), encurtidos (3,7%) y pescado (3,5%). Así mismo, un 34,1% de las gestantes declaró, que también había alimentos o comidas que le gustaban menos ahora que estaba embarazada, siendo los más citados el pescado (7,9%), las carnes (4,2%), el marisco (2,8%), las verduras (2,6%) y la leche (2,6%). El



porcentaje de extranjeras que manifestó aversión hacia algún alimento durante el embarazo fue superior al de las españolas ( $p<0,05$ ).

Un 44,3% de las gestantes declaró tener antojos, especialmente las mujeres de menos de 30 años ( $p<0,05$ ). Los alimentos más citados fueron, los dulces, bollos y galletas, encurtidos, helados, chocolate, fresas y, verduras y hortalizas. Aquellas mujeres que declararon haber tenido antojos ganaron, significativamente, más peso en el embarazo ( $p<0,05$ ). El porcentaje de extranjeras que declaró haber tenido antojos también fue mayor que el de españolas ( $p<0,05$ ).

En las mujeres estudiadas, se observó un gran desconocimiento en temas de nutrición, sobre todo en las más jóvenes, las obesas, las extranjeras y en las que tenían menos estudios, hecho que fue respaldado por las gestantes, ya que la mayor parte de ellas (39.5%) declaraban no poseer unos buenos conocimientos nutricionales tras preguntar en relación con este tema.

La creencia de que “la embarazada debe comer por dos” seguía presente en el 5,8% de las mujeres, siendo más frecuente entre las más jóvenes ( $p<0,05$ ), las extranjeras ( $p<0,05$ ) y entre las de menor nivel educacional ( $p<0,05$ ).

La información sobre nutrición fue obtenida, principalmente, a través de la familia (47,0%), revistas (47,0%), médico (39,5%) y televisión (22,9%), siendo las mujeres con menos estudios, al comparar con las de niveles educativos más altos, las que declararon adquirir, en un mayor porcentaje, los conocimientos nutricionales a través de la televisión ( $p<0,05$ ).

Como fuentes de información nutricional más fiables, las gestantes citaron el médico (96,1%), la farmacia (89,2%), los libros de nutrición (87,8%) y los dietistas/nutricionistas (87,1%), mientras que la publicidad fue declarada como la fuente de información nutricional más errónea (81,9%). Las mujeres con más estudios daban menos fiabilidad a las revistas femeninas, que las de menos estudios ( $p<0,05$ ), mientras que aquellas con menos estudios creían, en un mayor porcentaje que las mujeres con un nivel de estudios superior, que la información transmitida por los periódicos es errónea ( $p<0,05$ ).

Un 80,6% de las gestantes afirmó querer recibir más información en su centro de salud sobre la alimentación en el embarazo.

### **Conclusiones**

Parece conveniente orientar a las gestantes sobre la alimentación que deben seguir durante el embarazo, dando pautas en cuanto al número de raciones/día de cada grupo de alimentos que se aconseja consumir y los tamaños de ración aconsejados, con el fin de adecuar su dieta a las necesidades del período biológico que están viviendo y, hacer especial hincapié, en la importancia que este hecho tiene tanto en la salud presente y futura de la madre como en la del futuro hijo. El 80,6% de las gestantes afirmó que le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud.

Así mismo, también parece prudente advertir a la gestante de los efectos adversos del consumo, durante el embarazo, de sustancias como el alcohol, la cafeína o el tabaco, ya que hay un gran porcentaje de la población gestante que desconoce todos estos aspectos, especialmente las mujeres más jóvenes, las extranjeras y aquellas con un nivel educativo más bajo.



## **SUMMARY**

Title: Study eating habits and nutritional knowledge pregnant in different areas of health of the Community of Madrid.

### **Introduction and objectives**

Pregnancy is defined as the period of intrauterine development, covering between 38 and 42 weeks, and comprising from conception until birth. From a nutritional point of view, this is one of the most vulnerable in the lives of women, since, besides being a period when nutrient requirements are particularly high, because the mother must not only meet their own needs, but also of the growing fetus and those derived from the synthesis of new tissues, any nutritional mistake could have more serious consequences than in other stages of life and affect not only the health of the mother but also to the offspring, and not only during the gestational process, but also in later stages.

Furthermore, although pregnancy, it can be a highly motivating step for women change their eating behavior, constituting an optimal time to introduce the importance of diet and healthy lifestyle, several studies have found as sometimes the nutritional knowledge of pregnant women are not the most successful, a fact linked to cravings, or changes in appetite and taste, declared frequently by pregnant makes the diet is not always appropriate, especially, in pregnant women with a lower educational level.

Based on the above, the aim of this study was to determine eating habits, lifestyle and nutrition knowledge in a group of pregnant women of the Community of Madrid and analyze the differences in terms of different variables such as age, BMI before pregnancy, the level of education and country of origin of the pregnant woman.

### **Material and methods**

We have studied a group of 432 women, in the third trimester of pregnancy, attending classes taught in childbirth preparation one of the health centers in eleven areas within the Community of Madrid. After obtaining the informed consent of pregnant women completed a 24-hour recall, as well as another series of questionnaires about their health and about their beliefs, opinions and

knowledge on nutrition. Later, after childbirth, women were telephoned in order to meet their weight in late pregnancy, mode of delivery (caesarean section or not), if they had any complications in it, as well as sex and weight and size of the child at birth.

From the data of consumption of food and beverages, energy and nutrient content of diets, which was subsequently compared with the recommended intakes and nutritional goals, in order to judge the adequacy of the diets it was calculated pregnant. All data obtained in the study were incorporated and stripped in Excel database, which was analyzed statistically in SPSS (version 20), after adjusting for dietary data to variability in caloric intake by the method of residues.

To analyze the differences between, the t test of Student and analysis of variance (ANOVA). In addition, Pearson and Spearman correlation coefficients were calculated. For differences between qualitative variables the test used was the Chi2. In all cases, the differences were considered significant with  $p < 0.05$ .

## **Results**

The average age of the pregnant women studied was  $31.63 \pm 4.87$  years, higher in Spanish women ( $p < 0.05$ ) and the highest educational level ( $p < 0.05$ ). Foreign pregnant women, who accounted for 25,8% of the sample were younger ( $p < 0.05$ ) and were less educated ( $p < 0.05$ ) than Spanish (74.2%).

The pre-pregnancy BMI was  $22.98 \pm 3.73$  kg/m<sup>2</sup>, the highest in women under study ( $r = 0.116$ ,  $p < 0.05$ ). 18,1% of women had low weight, 64,5% normalweight, and 10,8% and 6,6%, overweight and obesity, respectively. Although only 19,8% of pregnant women got the recommended weight gain, the average gain ( $11.91 \pm 5.10$  kg) it was within average limits recommended by WHO.

75.6% of women planned pregnancy, this percentage increasing with increasing age ( $r = 0.278$ ,  $p < 0.01$ ), being higher in Spanish than foreign population ( $p < 0.05$ ). The percentage of women who planned pregnancy was also higher in those with higher education compared to those with lower educational level ( $p < 0.05$ ).

The average number of children was  $1,25 \pm 0,49$ , a figure that increased with age ( $r=0.259$ ,  $p<0.01$ ). Newborns had an average birth weight of  $3,27 \pm 0.48$  kg, this being higher in those of mothers with a previous pregnancy BMI indicative of normal weight ( $p<0.05$ ) and those of foreign mothers ( $p<0.05$ ). The practice of caesarean section was significantly higher in pregnant women with obesity ( $p<0.05$ ).

In analyzing the dietary data, and although the diet was not generally appropriate in the total group, nutritional imbalances were most notable in women of foreign origin and little education.

8.8% of the population consumed alcohol during pregnancy, particularly beer ( $1,25 \pm 0,80$  times/week) and wine ( $0,95 \pm 0,79$  times/week), a situation that was more frequent among Spanish and the lower level of education ( $p<0.05$ ) women. Caffeinated drinks, especially coffee (45,2%) and coke (33,2%) were consumed by 69,4% of the population observed an inverse relationship between birth weight of the child and the number of cups coffee consumed per day ( $r = -0,137$ ,  $p<0,036$ ).

64,0% of the population felt more appetite during pregnancy and 53,4% said they had food they liked most, with the highest percentage among foreign ( $p<0,05$ ). The favourite foods were buns and sweets (13,9%), followed by fruit (10,2%), vegetables (6,5%), pickles (3,7%) and fish (3,5%). Also, 34,1% of pregnant women declared, which also had food or meals he liked least now she was pregnant, the most cited fish (), meat (), seafood (), vegetables ( ) and milk (). The percentage of foreigners who expressed aversion to some food during pregnancy was higher than the Spanish ( $p<0,05$ ).

44,3% of pregnant women reported having cravings, especially women under 30 years ( $p<0,05$ ). The most cited were food, sweets, cakes and biscuits, pickles, ice cream, chocolate, strawberries and vegetables. Women who reported having cravings gained significantly more weight during pregnancy ( $p<0,05$ ). The percentage of foreign women who reported having cravings was also higher than the Spanish ( $p<0,05$ ).

In the women we studied, a lack of knowledge in nutrition, especially in younger, obese, foreign and those with less education, a fact that was backed

by pregnant women because most of them were observed (39,5%) they believed not having a good nutritional knowledge after asking for this item.

The belief that "the pregnant woman should eat for two" was present in 5,8% of women, being more frequent among younger ( $p<0,05$ ), foreign ( $p<0,05$ ) and between the lower educational level ( $p<0,05$ ).

The nutrition information was obtained mainly through the family (47,0%), magazines (47,0%), health (39,5%) and television (22,9%), with women less studies, comparing with the highest educational levels, those reporting acquire a higher percentage, nutritional knowledge through television ( $p<0,05$ ).

As sources of reliable nutrition information cited pregnant doctor (96,1%), pharmaceuticals (89,2%), nutrition books (87,8%) and dietitians / nutritionists (87,1%) , while advertising was declared as the source of nutrition information more wrong (81,9%). Women with less reliability studies gave women's magazines, than the less educated ( $p<0,05$ ), while those with less education believe in a higher percentage than women with a higher level of studies, the information transmitted by the newspapers is wrong ( $p<0,05$ ).

80.6% of pregnant women said they wanted more information at your health center on nutrition in pregnancy.

## **Conclusions**

It seems appropriate guidance to pregnant women on nutrition to be followed during pregnancy, giving guidelines on the number of servings/day of each food group is advised to consume and recommended serving sizes in order to adapt your diet biological needs are living period and place special emphasis on the importance that this has both the present and future health of the mother and the unborn child.

Likewise, it also seems prudent to warn pregnant women of the adverse effects of drinking during pregnancy, substances like alcohol, caffeine or snuff, since a large percentage of the pregnant population known all these aspects, especially younger women, foreign and those with a lower education level.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El estado nutricional y estilo de vida de las mujeres en la concepción, el embarazo y la lactancia determinan la salud del feto y del niño (Cuervo y col., 2014). Si bien son numerosos los factores que interactúan para determinar la progresión y el resultado del embarazo, está bien aceptado que el estado nutricional de la mujer embarazada afecta decididamente al resultado de su gestación (Gómez-Candela y col., 2007). Además, el embarazo junto con la lactancia constituye, posiblemente, uno de los mayores esfuerzos fisiológicos y conlleva los cambios más importantes de los procesos biológicos normales de la mujer en el curso de su vida (Quintas E., 2015). El estrés fisiológico del embarazo exige que la ingesta de nutrientes y la energía sea suficiente, no sólo para la salud de la mujer, sino para que el feto se pueda desarrollar de manera óptima (Northstone y col., 2008).

El período antes, durante y después del embarazo constituye una gran oportunidad para evaluar el estado nutricional y para ofrecer a las mujeres consejos prácticos para mejorar la calidad de la dieta y la actividad con el fin de gestionar eficazmente el incremento del peso corporal (Cuervo y col., 2014).

### **1.1. Concepto**

El embarazo o gestación es el período de desarrollo intrauterino que abarca aproximadamente entre 38 y 42 semanas (tres trimestres de entre 13 y 14 semanas de duración cada uno), comprendido desde la concepción hasta el nacimiento (Sizer y Whitney, 2014; Thompson y col., 2008).

### **1.2. Importancia de la nutrición en el embarazo**

El proceso fisiológico de la gestación es de gran trascendencia biológica y nutricional ya que el aporte de nutrientes debe ser adecuado en cantidad, calidad y distribución en el tiempo para que todo el proceso de embriogénesis y desarrollo del feto sean adecuados (Mataix y Aranda, 2009; Brown J.E., 2011).

Hasta hace poco, se había prestado poca atención a la dieta de la embarazada, guiándose ésta por la creencia errónea de que “debía comer por dos” y satisfacer sus “antojos”, lo que ha llevado, en muchas ocasiones, al



seguimiento de dietas inadecuadas, con un exceso de calorías y desequilibrios de diversos nutrientes. Sin embargo, en la actualidad, por los conocimientos existentes, se puede asegurar que hay que tener precauciones con la dieta de la embarazada y que, por un lado, sus necesidades de nutrientes son elevadas (ya que deben cubrir, además de sus propias necesidades, las correspondientes al feto en desarrollo y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos) y difíciles de cubrir y, por otro, los errores nutricionales pueden tener repercusiones más graves que en otras etapas de la vida y afectar no sólo a la salud de la madre, sino también a la de su descendiente, y no sólo durante el proceso gestacional, sino también en etapas posteriores de la vida (Northstone y col., 2008).

Las necesidades nutricionales durante el proceso reproductivo (gestación y lactancia) están incrementadas, en comparación con las de la mujer sana en etapa no reproductiva, para permitir el crecimiento y desarrollo tanto del feto como del lactante, así como para subvenir en este período (Florido y col., 2010). Si los nutrientes esenciales no están presentes para sustentar el crecimiento durante este período crítico, puede ocurrir un daño permanente en tejidos y órganos (Lutz y Przytulski, 2011).

Nutricionalmente el proceso de gestación debe cumplir una serie de hechos necesarios, que están influenciados por la alimentación: una morfología materna que permita el embarazo y el parto, fertilidad y un desarrollo fetal adecuado (Mataix y Aranda, 2009).

Una alimentación adecuada durante la gestación contribuye a prevenir problemas asociados al desarrollo del recién nacido (disminución de peso o talla, menor resistencia a infecciones, partos prematuros, malformaciones congénitas, etc.), así como enfermedades maternas durante y después del embarazo (Wood-Bradley y col., 2013).

El embarazo es una etapa fisiológica en la vida de la mujer vulnerable desde el punto de vista nutricional ya que las necesidades de energía y, en mayor medida, las de muchos nutrientes están aumentadas y los desequilibrios pueden tener repercusiones más graves que en otras etapas, pudiendo afectar a la salud de la madre y del descendiente, no sólo en estos periodos, sino también, transcurrido el tiempo, en momentos posteriores de su vida. En concreto, una

alimentación inadecuada durante el embarazo está relacionada con retraso del crecimiento intrauterino y con mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad y diabetes tipo II en la etapa adulta del descendiente. Por otra parte, las modificaciones en la alimentación de la madre, durante el embarazo y la lactancia, pueden alterar el contenido en nutrientes de la leche materna, con repercusiones en el crecimiento, desarrollo y salud del niño.

El periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento es un tiempo de rápido crecimiento, caracterizado por una intensa replicación celular y por la maduración funcional de los sistemas orgánicos. Las alteraciones del medio intrauterino son muy sensibles a esta programación, destacando la función placentaria, fundamental para asegurar un aporte nutricional adecuado. El crecimiento del feto está más relacionado con el tamaño corporal materno, que con su potencial genético, a través de lo que se ha denominado “constricción maternal”, que en parte puede estar mediada por los efectos limitantes del tamaño de la placenta *in útero* o por la perfusión sobre la nutrición fetal. También los genes responsables de la expresión de los factores de crecimiento tienen una influencia decisiva en el desarrollo del feto (Bueno y Bueno-Lozano, 2010).

Una mala nutrición durante el embarazo es un firme determinante para la morbilidad materna y la principal causa de mortalidad y morbilidad infantil en todo el mundo (Hambidge y col., 2014).

Aunque no pueden prevenirse muchos problemas hereditarios o agresiones perinatales, es posible mejorar un estado nutricional deficiente o un insuficiente aumento del peso materno, factores ambos implicados en el bajo peso al nacer (Gómez-Candela y col., 2007).

### **1.3. Fisiología del embarazo**

Durante la gestación se producen diversos y profundos cambios anatómicos, fisiológicos y bioquímicos de tipo adaptativo en el organismo de la embarazada, debidos fundamentalmente a acciones hormonales, bioquímicas o mecánicas, y cuya finalidad es permitir el desarrollo fetal y preparar el

organismo de la gestante para el proceso del parto y la posterior lactancia (Florido y col., 2010).

La embarazada sufre una serie de cambios fisiológicos en todo su organismo que permiten el desarrollo y el crecimiento adecuados del feto; así, el aparato genital, las mamas, el aparato digestivo, el cardio-circulatorio, el respiratorio, el sistema excretor o el metabolismo materno experimentan notables cambios para adaptarse a las nuevas necesidades impuestas por la gestación. En gran parte, estas modificaciones están condicionadas a su vez por la propia placenta y su actividad endocrina, que de este modo dirige y modula los procesos que condicionan el desarrollo fetal. Igualmente, la gestante presenta importantes variaciones en su composición corporal, aumentando en la primera mitad sus reservas grasas, para utilizarlas después al final del embarazo, cuando las necesidades fetales son máximas, y también durante la lactancia. En estos momentos aumentan las necesidades de energía y proteínas, así como las de la mayoría de los minerales, oligoelementos y vitaminas (Florido y col., 2010; Thompson y col., 2008). Los cambios más destacables son:

#### **1.3.1. Expansión del volumen plasmático**

Durante la gestación, el volumen plasmático aumenta aproximadamente un 50% sobre los valores previos al embarazo, alcanzando el pico de expansión alrededor de la 30 a la 34 semanas de gestación (Turner, 2014). Aumento de la masa eritrocitaria y de la cantidad de hemoglobina en aproximadamente un 20%, con un máximo valor alrededor del momento del parto (Mataix y Aranda, 2009). Como la expansión de la masa eritrocitaria es proporcionalmente inferior a la expansión del plasma, los valores de hemoglobina y hematocrito descienden (Gómez-Candela y col., 2007).

#### **1.3.2. Desarrollo de la placenta**

El metabolismo materno sufre una serie de ajustes, por la secreción de hormonas que actúan como mediadoras en el cambio de dirección de los nutrientes hacia los tejidos maternos especializados en la reproducción, como es la placenta, que lleva a cabo la transferencia de nutrientes hacia el feto y promueven su crecimiento (Gómez-Candela y col., 2007; Lutz y Przytulski, 2011).

La placenta no sólo es el tejido para el intercambio de nutrientes, oxígeno y productos de deshecho con el feto, sino también el sitio principal de producción de muchas hormonas (estrógenos, progesterona, oxitocina, lactógeno placentario, etc.) que dirigen éstos y otra serie de cambios en la gestación como son el crecimiento del útero, el desarrollo de las mamas y el incremento de los depósitos de grasa maternos (Requejo A.M., 2002).

#### **1.4. Embarazos de riesgo**

Se consideran gestantes de alto riesgo nutricional durante el embarazo a aquellas que no consumen de manera habitual una dieta equilibrada. Además de madres con edades superiores a 35 años, las que presentan embarazo múltiple, drogodependientes (alcohol, tabaco, otras drogas), sufran intolerancia a la lactosa o tengan un índice de masa corporal (IMC) muy bajo  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  o superior a  $25 \text{ kg/m}^2$ , o un incremento ponderal muy rápido durante el mismo. A esto, le debemos sumar el riesgo del embarazo en adolescentes y la de aquellas mujeres con escasos conocimientos de nutrición o pocos recursos económicos (Gómez-Candela y col., 2007; Martínez y col., 2007).

También debe prestarse atención, desde el punto de vista nutricional, a las mujeres con embarazos consecutivos, especialmente si son muy seguidos (existe riesgo de agotamiento de los almacenes maternos de nutrientes), (Quintas E., 2000). Este grupo de mujeres, por su riesgo añadido, requerirían una monitorización nutricional más estrecha y debe ser llevada a cabo por expertos en Nutrición (Gómez- Candela y col., 2007).

La mujer gestante y lactante es más receptiva a adquirir hábitos de vida saludables, por lo que sería un buen momento para favorecer la mejora nutricional y sanitaria de la población (Sásamo y col., 2014).

#### **1.5. Estado nutricional en el embarazo y en la etapa pre-concepcional**

Una alimentación adecuada en la mujer desde niña va a asegurar un desarrollo de la morfología adecuado para asegurar un buen parto (Mataix Verdú y Aranda Ramírez, 2009). El conocimiento actual de los procesos biológicos indican que el estado nutricional de las mujeres antes y durante la primera etapa del embarazo puede jugar un papel importante en la determinación de los

procesos de desarrollo temprano y asegurar el éxito del embarazo (Ramakrishnan y col., 2012).

#### **1.5.1. Importancia del estado nutricional en la etapa pre-concepcional**

Las mujeres en edad fértil deben adoptar un estilo de vida para optimizar la salud y reducir el riesgo de defectos de nacimiento, el desarrollo fetal óptimo, y los problemas crónicos de salud en la madre y del niño (Kaiser y col., 2014). Así, una dieta saludable y unos niveles adecuados de actividad física pueden ayudar a las mujeres a alcanzar y mantener un peso corporal óptimo antes de quedarse embarazadas, ya que las mujeres con un índice de masa corporal de entre 19,8 y 26,0 antes del embarazo tienen más posibilidades de tener un embarazo y un parto sin complicaciones, con un menor riesgo de complicaciones negativas, como un parto largo y una cesárea (Thompson y col., 2008).

#### **1.5.2. La fertilidad**

Una nutrición correcta va a influir en el desarrollo de un proceso reproductivo normal (Brown J.E., 2011a). El período peri-concepcional representa una etapa específica en la vida de la mujer en la que la ingesta adecuada de nutrientes es especialmente importante para ella y su feto (Parrott y col., 2009). Determinadas carencias nutricionales pueden asociarse a infertilidad, pero dada la situación nutricional de la mujer en el mundo subdesarrollado se demuestra que la fertilidad no está fácilmente afectada por la desnutrición, debiendo alcanzar ésta un grado importante para que se dé una situación de esterilidad; por lo general, las deficiencias serias de nutrientes como el hierro, piridoxina, y/o pérdida de tejido graso son la causa más frecuente de infertilidad femenina (Mataix y Aranda, 2009).

En mujeres con malnutrición de países en vías de desarrollo es frecuente la presencia de amenorrea como reflejo de la falta de preparación para el embarazo que causa la carencia de energía; mientras que en sociedades desarrolladas la anorexia, y el control extremo del peso corporal, así como el padecimiento de obesidad y el consumo excesivo de tabaco, cafeína y alcohol, se han relacionado con una disminución de la fertilidad, al igual que las deficiencias en diversas vitaminas y minerales (Requejo, A.M., 2002).

Así mismo se ha observado que la subnutrición en adolescentes retrasa la menarquia e instauración del ciclo menstrual, afectando así la ovulación y una adecuada maduración sexual, necesaria para una adecuada función reproductora (Mataix y Aranda, 2009).

También la pérdida de peso debido a regímenes de adelgazamiento o anorexia nerviosa, se asocian con amenorrea e infertilidad, de modo que cuando el índice de masa corporal es de 18 o menos, sólo un 15% de las mujeres que lo presentan son fértiles (Varela Moreiras G., 2007).

Para tener un buen estado nutricional en la etapa pre-concepcional, además de suplementos de ácido fólico, es importante tener una ingesta adecuada de alimentos ricos en hierro, yodo, calcio, vitaminas A y D y ácidos grasos esenciales. El seguimiento de la dieta mediterránea, con alta densidad de nutrientes, puede mejorar la fertilidad (Cuervo y col., 2014). Por otra parte, el alto consumo de cafeína y alcohol, el tabaquismo, el consumo de drogas ilegales, ingesta inadecuada de ácido fólico, hipertensión, diabetes, sobrepeso o bajo peso se han asociado con una mayor dificultad para concebir y con resultados adversos para el embarazo (Robbins y col., 2014).

Una inadecuada nutrición peri-concepcional se asocia con complicaciones en el embarazo, tales como anomalías congénitas, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia. Por lo que asegurar que las mujeres presenten una nutrición adecuada alrededor del momento de la concepción es esencial para el desarrollo de un embarazo adecuado (Parrott y col., 2009; Hawley y col., 2015). De hecho, las mujeres que reciben cuidado prenatal tienen más probabilidades de adoptar comportamientos saludables, y por lo tanto tener mejores resultados en el embarazo (Dean y col., 2013).

El peso corporal materno, así como los hábitos alimentarios establecidos antes del embarazo pueden tener un efecto considerable en el crecimiento fetal. Hay una necesidad de mejorar la dieta de las mujeres en edad fértil, especialmente antes del embarazo (Dodd y col., 2014; Kubota y col., 2013).

### **1.5.3. Importancia del estado nutricional en la etapa de embarazo**

Los factores alimentarios se consideran críticos para la promoción de la salud, tanto en lo relativo a su utilización como aporte para la construcción y mantenimiento de órganos y tejidos, como por el placer que suponen las actividades culinarias. Pero sobre todo por su contribución a disminuir el riesgo de enfermedades relacionadas con el estilo de vida (Bueno y Bueno-Lozano, 2010).

La calidad de la dieta es especialmente importante en el primer trimestre del embarazo, cuando la placenta y el feto en desarrollo son particularmente susceptibles a las alteraciones en la nutrición materna. Durante las primeras semanas del embarazo, los nutrientes deben estar presentes en un equilibrio adecuado para el éxito de la implantación. Así, la ingesta de proteínas en el primer trimestre tiene una relación directa con la placenta y el peso al nacer, que es independiente de la edad materna, paridad, el tabaquismo o el estado nutricional de la madre, y el aumento de peso durante el resto del embarazo. Por lo tanto, la mala calidad de la dieta en el primer trimestre puede afectar negativamente a los resultados del parto, independientemente de la ganancia de peso gestacional y el estado nutricional de la madre en el segundo y tercer trimestres (Fowles y col., 2012).

### **1.5.4. Nutrición y malformaciones congénitas**

El padecimiento de una carencia en folatos en las primeras semanas del embarazo, especialmente en los primeros 28 días, se asocia con un mayor riesgo de tener neonatos con defectos del tubo neural (DTN) y otras malformaciones congénitas (labio leporino, problemas cardíacos, etc.). Teniendo en cuenta que en el primer mes de gestación, muchas mujeres no saben aún que están embarazadas, es fundamental que, desde el momento que se planifique el embarazo, la situación nutricional en esta vitamina sea la adecuada. Sin embargo, los estudios realizados en mujeres en edad fértil, ponen de relieve la necesidad de mejorar el estado nutricional en folatos, ya que hay un elevado porcentaje de mujeres con ingestas y cifras en sangre de la vitamina deficitarias, como consecuencia del escaso consumo de verduras y hortalizas (principales fuentes de la vitamina) observado en esta población.

Por ello, es importante recomendar, a cualquier mujer que vaya a planificar un embarazo que aumente el consumo de este grupo de alimentos y que incluya además, de forma adicional, 400 mg/día más de la vitamina (ya sea como suplemento o a partir de alimentos fortificados) para asegurar una situación nutricional en folatos óptima en este inicio de la gestación. Sin embargo, la certeza de que un elevado porcentaje de los embarazos son no planificados (más del 50%), hace conveniente extender la pauta a todas las mujeres en edad fértil, independientemente de que estén planificando o no un embarazo (Rasmussen y col., 2014).

La tasa de malformaciones aumenta en los embarazos de madres con sobrepeso y obesidad. Aunque la mayoría de las malformaciones se desarrollan durante el primer trimestre, otras se diagnostican en una etapa avanzada del embarazo, o incluso después del parto. Las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) elevado tienen un mayor riesgo de defectos del tubo neural (DTN) (Arabin y Stupin, 2014).

Los defectos de nacimiento son un importante problema de salud pública, debido a su incidencia global, que ocurre en el 2-3% de los nacidos vivos en la Unión Europea. Los defectos del tubo neural (DTN) son algunos de los principales, debido a su gravedad y la incidencia relativamente alta. En particular, una ingesta adecuada de ácido fólico reduce tanto la aparición como la recurrencia de los defectos del tubo neural (Taruscio y col., 2011; Turner, 2014).

Por otro lado, y aunque el ácido fólico tiene un protagonismo esencial en este tema, también otros nutrientes han sido relacionados con la prevención de malformaciones, y de hecho, hay trabajos que muestran cómo las mujeres que toman suplementos poli-vitamínicos y minerales en la etapa peri-concepcional, tienen un menor riesgo de tener descendientes con este tipo de anomalías (Requejo A.M., 2002).

Las mujeres que planean un embarazo deben seguir una dieta equilibrada rica en nutrientes y consumir un suplemento de ácido fólico todos los días hasta el final del primer trimestre. Muchos embarazos, especialmente entre los adolescentes, no son planeados, y es importante educar a las mujeres en edad



fértil sobre la necesidad de tomar ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural (Theobald H.E., 2007).

Diversos estudios muestran que la suplementación peri-concepcional (<12 semanas de gestación) de ácido fólico reduce significativamente el riesgo de defectos del tubo neural (Ramakrishnan y col., 2012).

#### **1.5.5. Influencia de la nutrición de la madre en el peso del neonato**

El período peri-concepcional y la primera etapa del embarazo son determinantes para el crecimiento físico del feto, así la ausencia de una óptima nutrición en este tiempo conlleva un retraso intrauterino del crecimiento, parto prematuro y número de nacidos muertos. Cuando el feto es más pequeño de lo esperado en el primer trimestre, hay una mayor prevalencia de parto prematuro y retraso del crecimiento intrauterino (Hambidge y col., 2014; Sato y Fujimori E., 2012). Sin tener en cuenta la ganancia de peso durante la gestación (ya que, en general, a mayor peso ganado mayor peso del neonato), la relación peso/talla de la madre antes del embarazo, condiciona el crecimiento fetal, de forma que a igualdad de ganancia de peso, las mujeres más delgadas tienen hijos con un peso al nacer más bajo. De hecho, la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer es mayor en los bebés de madres con un peso preconcepcional bajo (Hawley y col., 2015). El bajo peso al nacer (menos de 2,500 g), influye en la salud y bienestar del bebé para toda la vida (Uauy y col., 2013).

Por otro lado, los bebés nacidos de las mujeres obesas o con sobrepeso antes del embarazo que han seguido unas pautas aconsejadas de estilo de vida tuvieron significativamente menos probabilidades de tener peso al nacer por encima de 4,5 kg, y menos probabilidades de enfermedades graves o moderadas al nacimiento (Dodd y col., 2014).

Diversos estudios epidemiológicos demuestran el papel crucial del aumento de peso al nacer como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes y el cáncer (Melnik B.C., 2015).

Si bien el crecimiento fetal se determina en gran medida por factores no nutricionales, como la genética, la función de la placenta, la edad materna, la

estatura, la paridad, la respuesta inmunológica con el embarazo, la presión arterial, infecciones, enfermedades crónicas, atención prenatal y el tabaquismo, la nutrición de la madre también parece jugar un papel importante (Murphy y col., 2014).

#### **1.5.6. Ganancia de peso**

Los cambios hasta ahora comentados (expansión del volumen plasmático, formación de la placenta, crecimiento del útero, mamas y depósitos de grasa), junto con el desarrollo del feto y otros productos de la concepción (líquido amniótico, etc.), van a dar lugar, durante toda la gestación a un aumento progresivo de peso, que alcanza, en una mujer sana, una media de 9 a 12.5 kg. (Requejo A.M., 2002; Thompson y col., 2008; Quintas E., 2015).

En los dos primeros trimestres, el incremento de peso se debe fundamentalmente al aumento de los tejidos maternos, sobre todo de la reserva grasa; mientras que en el tercero son los productos de la concepción (feto, placenta y líquido amniótico) los que condicionan la mayor parte del peso ganado (Brown J.E., 2011b; Requejo A.M., 2002).

Cuadro 1.1 Recomendaciones de ganancia de peso en embarazadas (Brown J.E, 2011).

IMC antes del embarazo		Recomendación
<b>Bajo peso</b>	$<18.5 \text{ kg/m}^2$	12.7–18.2 kg
<b>Peso normal</b>	$18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$	11.4–15.9 kg
<b>Sobrepeso</b>	$25\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$	6.8–11.4 kg
<b>Obesidad</b>	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	5.0–9.1 kg
<b>Embarazo de dos (mellizos o gemelos)</b>		11.4–24.5 kg

El aumento de la reserva grasa materna en los dos primeros trimestres del embarazo, es consecuencia de la hiperinsulinemia materna (debida a la oxitocina placentaria) y de la mayor producción de estrógenos y progesterona durante este período (hormonas que aumentan la sensibilidad de los tejidos maternos a la insulina y que producen un estado anabólico en el cual la mujer acumula glucógeno y grasa), y tiene como finalidad principal preparar para la lactancia (actúa como reserva energética para esta etapa de altas necesidades), pero también asegurar la llegada de nutrientes energéticos al feto, ya que en el último tercio de la gestación, el predominio del láctógeno placentario (hormona que causa una resistencia generalizada a la insulina), hace que la glucosa se desvíe hacia el feto y en periodos de restricción de alimentos, se movilice la grasa anteriormente acumulada, garantizando la continua disponibilidad de substratos (Requejo A.M., 2002).

La ganancia de peso aconsejada media se estima en 12.5 kg., aunque se puede conseguir un embarazo satisfactorio con variaciones muy amplias de peso. Sin embargo, una ganancia de peso excesiva se asocia con recién nacidos grandes para su edad gestacional ( $>4 \text{ kg}$ ), y peligro por la desproporción pélvico-cefálica, y con un mayor riesgo de complicaciones maternas, mientras que una ganancia de peso escasa se asocia con menor crecimiento intrauterino, con los riesgos que esto conlleva. Además, el peso pre-gestacional de la madre es un fuerte determinante del crecimiento fetal. En base a esto, la recomendación actual sobre ganancia de peso para gestantes se ha establecido en función del

índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo, siendo aconsejable un aumento de peso distinto en cada caso (Cuadro 1.1) (Brown J.E, 2011).

El incremento de peso materno durante el embarazo es esencial en el crecimiento y desarrollo normal del feto y ayuda a proteger la salud de la madre y del feto, así, la ganancia deficiente de peso se asocia con un aumento del riesgo de retraso del crecimiento intrauterino y de mortalidad perinatal (Lutz y Przytulski, 2011).

De hecho el retraso del crecimiento intrauterino está relacionado con una mayor incidencia de enfermedades en la etapa adulta. Cuando la madre tiene un déficit en el aporte de nutrientes puede afectar al crecimiento fetal y condicionar cambios permanentes en la estructura de sus órganos y sistemas, así como en procesos metabólicos y endocrinos, condicionantes de la salud en la etapa adulta. La hipótesis sobre “el origen fetal de las enfermedades del adulto” propone que ante una situación de carencia se produce una adaptación fetal a esta situación, quedando el neonato preparado para enfrentarse a un aporte limitado de alimentos en etapas posteriores de su vida; esta adaptación en la etapa fetal puede llevar a inadaptaciones posteriores frente a un consumo abundante de alimentos lo que puede ser la base para padecer enfermedades en la etapa infantil, y en posteriores etapas de su vida adulta. Se sabe que los niños y adultos que nacieron con pesos bajos conservan huellas de estas adaptaciones, como menor cantidad de nefronas, masa reducida de células beta, mayor concentración de insulina e IGF-1 y resistencia a estas hormonas y mayor concentración de cortisol; así se ha comprobado la relación entre bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg) y un mayor riesgo cardiovascular, hipertensión, diabetes tipo II, obesidad y deterioro en la respuesta inmune (menor capacidad de defensa frente a infecciones, asma, alergia, etc.) en etapas posteriores de la vida (Martínez R.M., 2007).

Diversas investigaciones ponen de manifiesto las crecientes tasas de obesidad en mujeres en edad fértil (Cohen y Koski, 2013). El sobrepeso y la obesidad durante el embarazo representan una considerable carga para la salud (Dodd y col., 2014). El aumento de peso gestacional es un importante factor de riesgo para la obesidad a largo plazo en las mujeres (Brown y col., 2012). El aumento

de peso materno por encima de los niveles recomendados se asoció con el sobrepeso y la obesidad (Fazio y col., 2011). Así, la ganancia excesiva de peso durante el embarazo se asocia con una mayor probabilidad de tener neonatos macrosómicos, con alto peso al nacer (4000g o más) y peligro de desproporción pélvico-cefálica, con aumento en el riesgo de complicaciones maternas tales como cesáreas, diabetes gestacional, hipertensión arterial y preeclampsia (Chuang y col., 2014). Por otra parte, las mujeres con embarazos sucesivos y las gestantes mayores de 35 años tienen un riesgo más elevado de sobrepeso y obesidad posterior (Li y col., 2014).

Además, la obesidad materna y un aumento excesivo de peso se han asociado con preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, parto con cesárea, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal, mortalidad perinatal e infantil y obesidad infantil (Shub y col., 2013; Davies y col., 2010).

Frente a las cifras crecientes de obesidad, no debemos olvidar que ésta representa también un mayor riesgo durante el embarazo (Jhonson y col., 2013; Basu y col., 2014), ya que las mujeres obesas padecen con más frecuencia hipertensión, diabetes gestacional y precisan cesárea, y sus hijos tienen mayor riesgo de macrosomías, peores índices neonatales, mayores defectos en el tubo neural (independientemente de la ingesta de ácido fólico) y mayores dificultades para iniciar la lactancia, en relación a las mujeres de peso normal (Gómez-Candela y col., 2007).

Una restricción calórica asociada a los cambios en la alimentación es capaz de reducir el aumento de peso gestacional y así evitar las complicaciones asociadas en el embarazo en las mujeres obesas (Petrella y col., 2014).

### **1.6. Hábitos alimentarios en el embarazo**

La Academia de Nutrición y Dietética Americana determina que las mujeres en edad fértil deben adoptar un estilo de vida adecuado para optimizar la salud y reducir el riesgo de defectos de nacimiento, el desarrollo fetal óptimo, y los problemas crónicos de salud en la madre y el feto, incluyendo peso adecuado antes del embarazo, aumento de peso adecuado y actividad física durante el embarazo, el consumo de una amplia variedad de alimentos, adecuada ingesta

de vitaminas y minerales, evitar el alcohol y otras sustancias nocivas, y manejo seguro de alimentos, así como el consumo de suplementos de vitaminas y minerales en casos vulnerables (Kaiser y col., 2014; Olander y col., 2012), pero hay que seguir investigando la influencia de los hábitos alimentarios previos al embarazo (Gaskins y col., 2014). Además, los hábitos alimentarios irregulares y la disminución de la actividad física influyen directamente en la retención de peso después del parto (Melzery y Schutz, 2010). Así, la adhesión antes del embarazo a los hábitos alimentarios saludables (Tobias y col., 2012; Rifas-Shiman y col., 2009), como el seguimiento de una dieta mediterránea se asocia significativamente con un menor riesgo de diabetes mellitus gestacional y mejor tolerancia a la glucosa (Karamanos y col., 2014). La mayoría de las mujeres consideran que se deben seguir hábitos alimentarios saludables, incluir más ejercicio, evitar el tabaco, alcohol y drogas, y tener un buen estado dental. Sin embargo, situaciones como el embarazo puede ser un motivador fuerte para cambiar o modificar su comportamiento. Éste es un momento óptimo para efectuar el cambio, y para inculcar a la mujer y su familia la importancia del cambio (Rayburn y Phelan, 2008).

#### **1.6.1. Consumo de alimentos**

Hay que ofrecer a la embarazada pautas adecuadas de alimentación como la ingesta de grasas saludables no saturadas, cereales integrales, legumbres, frutas y verduras; limitar el consumo de grasas *trans* y saturadas, productos lácteos ricos en grasa, granos altamente refinados, carne roja y bebidas azucaradas; y tomar un multivitamínico con ácido fólico y vitamina D adicional como una medida de seguridad nutricional (Skerrett y Willett, 2010). Muy pocas mujeres embarazadas consumen las raciones de alimentos aconsejadas en las guías alimentarias. Además, las estrategias para mejorar los hábitos alimentarios deben centrarse en el establecimiento de conductas alimentarias saludables entre las mujeres en edad reproductiva (Fowlery y col., 2012).

Autores como Crozier y colaboradores establecieron dos grupos de mujeres en función de su dieta. Dieta saludable, las que incluían porciones adecuadas de frutas y verduras, pan integral, arroz y pasta, yogur, queso, pescado y leche baja en grasa, con poco consumo de pan blanco, azúcar añadido, conservas

vegetales, leche entera, patatas fritas, y patatas asadas; y dieta occidental para las que tomaban grandes cantidades de carne roja y procesada, pasteles y galletas, budines, postres de Yorkshire y panqueques salados, papas fritas, carne asada y patatas cocidas, azúcar, dulces y chocolate, y poca cantidad de leche baja en grasa (Crozier y col., 2008).

En un estudio llevado a cabo en 1124 mujeres embarazadas en Lifeways, se recoge el consumo de una serie de alimentos registrados en un cuestionario de frecuencia completado durante la primera gestación. Se demuestra que el 76% de las mujeres alcanzaron la ingesta de 5 porciones o más de frutas y verduras diaria recomendada, aunque esto está inversamente asociado con la edad y se asocia positivamente con el nivel de educación. El logro de las demás tomas recomendadas de la Pirámide de Alimentación es mucho menor, y van desde 12% el logro de la ingesta recomendada de alimentos ricos en grasa, sal o azúcar hasta consumir las 3 raciones recomendadas por día de la carne y aves 45%. Mientras que el 61% de las mujeres menores de 25 años de edad dejó de beber alcohol durante el embarazo, ésto se redujo al 38% de las mujeres embarazadas mayores de 35 años. Menos de la mitad de las mujeres estudiadas tomaron suplementos de ácido fólico peri-gestacional. Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones de promoción de la salud de apoyo durante el embarazo (Murrin y col., 2007).

En cuanto a la dieta, las mujeres primíparas consumen más productos lácteos, frutas frescas y frutos secos, y menos pan, arroz, pastas, patatas, carne, salchichas, bollos y pasteles que las que ya han tenido más embarazos (Goñi y col., 2014).

Respecto a la ingesta de folatos provenientes de la dieta, en un estudio en Granada (España) en mujeres embarazadas mostró que más del 90% de la ingesta de folato provenía de cereales, fruta, zumo natural, legumbres y verduras cocidas y crudas. La ingesta media de folato fue 288,27 (63,64) g. Además, la mayor adhesión a la dieta mediterránea se relacionó significativamente con una mayor ingesta de folato. Por otro lado, la ingesta de ácido fólico diaria no se vio influenciada por el nivel educativo, número de hijos, o el lugar de residencia (rural vs urbano). Los factores relacionados con

una ingesta adecuada de folato ( $> 2/3$  de las recomendaciones) fueron la edad superior y menor IMC (Monteagudo y col., 2013).

Distintos estudios sugieren que un patrón dietético que se caracteriza por un alto consumo de verduras, alimentos de origen vegetal y aceites vegetales disminuye el riesgo de preeclampsia, mientras que un patrón de dieta que se caracteriza por un elevado consumo de carne procesada, bebidas dulces y bocadillos salados aumenta el riesgo de la misma en una población de mujeres nulíparas, posiblemente debido a los altos niveles plasmáticos de homocisteína (Brantsaeter y col., 2009). Además, la dieta compuesta por verduras, frutas, legumbres, frutos secos, productos lácteos, pescado y aceite de oliva durante el embarazo, se asoció con un menor riesgo para depresión postparto (Chatzi y col., 2011).

La ingesta de azúcar añadido es mayor en las mujeres que desarrollan preeclampsia que en las mujeres sanas. En este sentido, los alimentos con un alto contenido de azúcar, bebidas carbonatadas y no carbonatadas azucaradas se asociaron significativamente con un mayor riesgo de preeclampsia. Por el contrario, la ingesta de alimentos ricos en azúcares naturales, como frutas frescas y secas, se asociaron con un menor riesgo de preeclampsia, así que los profesionales sanitarios deberían aconsejar consumir frutas y reducir el consumo de bebidas endulzadas con azúcar durante el embarazo (Borgen y col., 2012).

Los cambios en la dieta de las mujeres embarazadas suelen consistir en el consumo más frecuente de carne blanca, pescado, frutas y verduras, así como la leche y los productos lácteos, en este sentido se debería promocionar la salud por parte de los médicos, en las escuelas (Wojtyla y col., 2011).

#### **1.6.2. Productos lácteos**

La leche y los productos lácteos aportan nutrientes esenciales y sustancias bioactivas para el crecimiento del feto, de hecho, se ha visto cómo la ingesta moderada de leche y productos lácteos (más de 3 vasos al día) se asocia positivamente con el crecimiento fetal y el peso al nacer en poblaciones occidentales saludables (Brantsaeter y col., 2012; Heppe y col., 2011b).



Además, el consumo durante el embarazo y la lactancia de lácteos enriquecidos en DHA y omega-3 redujo la incidencia de partos prematuros y una composición mejorada de las membranas de los glóbulos rojos (Atalah y col., 2009).

### **1.6.3. Huevo**

El huevo contiene nutrientes necesarios para el desarrollo fetal. Está considerado como un alimento funcional ya que contiene nutrientes como la luteína y la zeaxantina que tienen beneficios potenciales para la salud cuando se consume en niveles adecuados de forma regular como parte de una dieta variada; así, estudios realizados en mujeres hispanoamericanas durante el embarazo ponen de manifiesto que las consumidoras de huevo tenían una mayor ingesta de proteínas, grasas, vitamina K, vitamina E, selenio, betacaroteno, luteína y zeaxantina, colesterol, ácidos grasos poliinsaturados totales, y ácido docosahexaenoico (importantes en el crecimiento del feto y los bebés y para su desarrollo cerebral, visual y cognitivo) (Bermúdez-Millán y col., 2009).

También es importante para la embarazada la ingesta de fosfatidilcolina, forma de colina que se ingiere en mayor proporción y las principales fuentes dietéticas de la colina son productos lácteos, huevos y carne; así se vio que las mujeres que consumen al menos un huevo al día tenían mayor ingesta de colina y ocho veces más de probabilidades de cumplir con las recomendaciones de ingesta de colina en comparación con las que no consumen huevos durante el embarazo. Así pues, la promoción del consumo de huevo durante el embarazo puede ayudar a satisfacer las recomendaciones diarias de ingesta de colina (Lewis y col., 2014).

### **1.6.4. Pescado**

La ingesta de ácidos grasos omega-3 está inversamente relacionada con resultados adversos para la salud; así se ha visto que el consumo poco frecuente de pescado (menos de una vez por semana) se asoció con menor nivel educativo, edad, hábito tabáquico, menor práctica de ejercicio físico y un menor consumo de frutas, verduras, carnes y productos lácteos, y por lo tanto con un estilo de vida menos saludable (Sontrop y col., 2007). También se

asoció con mayor incidencia de depresión en gestantes (Sontrop y col., 2008; Heddelin y col., 2010).

#### **1.6.5. Bebidas alcohólicas**

El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo es perjudicial para la salud del feto, en este sentido, en un estudio en Noruega se observó que las embarazadas de mayor nivel educativo y de más edad disminuyeron el consumo de alcohol. Además, también redujeron el consumo de café y refrescos y aumentaron el consumo de zumo de frutas y leche (Skreden y col., 2014).

#### **1.6.6. Frutas y hortalizas**

El consumo de frutas y hortalizas se promueve como parte de una dieta saludable, sin embargo, las ingestas son generalmente más bajas que los niveles recomendados. Se ha observado que un mayor consumo de frutas y hortalizas en el embarazo está asociado positivamente con el peso y tamaño al nacer del descendiente (Loy y col., 2011; Murphy y col., 2014), especialmente en mujeres delgadas (Mikkelsen y col., 2006). En cambio otros autores han encontrado esta asociación únicamente con el consumo de hortalizas durante el embarazo (Ramón y col., 2009).

La recomendación de salud pública es consumir cinco o más porciones de frutas y hortalizas todos los días. Sin embargo, la asociación entre la ingesta de frutas y hortalizas con el riesgo de diabetes tipo 2 no está claro, así se ha visto que el consumo de tres o más raciones diarias de frutas u hortalizas no se asoció con una reducción sustancial en el riesgo de diabetes tipo 2 (Hamer y col., 2007).

El efecto de la educación en salud es importante para mejorar la conducta saludable en la sociedad y especialmente para modificar los estilos de vida saludables (Martínez-González y col., 2011). Además, el conocimiento de los factores relacionados con el comportamiento saludable puede mejorar la adherencia a la conducta saludable. Así, en un grupo de mujeres embarazadas a las que se les proporcionó pautas nutricionales adecuadas, aumentaron de forma significativa el consumo de frutas y hortalizas. Además, se observó un

aumento significativo entre el consumo de frutas y hortalizas antes y después del embarazo (Tanha y col., 2013; Burr y col., 2007; Salehi-Pourmehr y col., 2012).

#### **1.6.7. Cereales y legumbres**

Los alimentos ricos en hidratos de carbono son la base de la alimentación. Además la glucosa, producto de la digestión de los mismos es la principal fuente de energía del organismo. Sin embargo, alteraciones en su metabolismo pueden ocasionar trastornos en la regulación de la glucosa sanguínea en las mujeres con diabetes mellitus gestacional (DMG) para optimizar el control glucémico. A este respecto en un estudio en mujeres embarazadas con DMG se observó que presentaban menor ingesta de frutas y zumos de frutas y mayor consumo de leche y yogur en comparación con la de las mujeres sin DMG. También se observó que las mujeres con un elevado consumo de snacks presentaban más riesgo de diabetes gestacional que las que no los consumían (Li y col., 2014; Ali y col., 2013).

Otro estudio, en el que se estudió el consumo de cereales en un grupo de mujeres de bajo nivel socioeconómico en EE.UU. tres meses antes de quedarse embarazadas, mostró que las consumidoras habituales de cereales tuvieron significativamente mayor ingesta de ácido fólico, hierro, zinc, calcio, fibra y vitaminas A, C, D, E y que las no consumidoras de cereales; el consumo se asoció con reducciones del 65-90% en el riesgo de deficiencias de nutrientes en comparación con no- consumo, así que fomentar el consumo de cereales puede ser un simple, seguro y barato método de intervención nutricional que podría optimizar el desarrollo de la placenta y el desarrollo fetal (Snook y col., 2009).

#### **1.6.8. Energía y nutrientes**

Diversas investigaciones ponen de relieve la importancia del equilibrio energético y una adecuada ingesta de macronutrientes en el buen desarrollo fetal, aunque la importancia de los micronutrientes también se está volviendo cada vez más evidente. El ácido fólico y vitaminas B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> y B<sub>12</sub> son esenciales para la formación del ADN; además, otros micronutrientes tales como las vitaminas A y C, hierro, cromo, zinc y flavonoides juegan un papel importante en el desarrollo del feto (Vanhees y col., 2014). Las mujeres embarazadas

pueden necesitar asesoramiento específico sobre los hábitos correctos a seguir de forma que la nutrición de la madre en este periodo determine la mejora de la salud en la madre y el niño (Haankstad y col., 2014).

#### **1.6.9. Energía**

El requerimiento energético de un individuo está directamente relacionado con el gasto energético. Este gasto, a su vez, es la suma de varios factores, como el gasto basal, la termogénesis de los alimentos y el gasto energético de la actividad física. El gasto basal es la energía que el organismo utiliza para el mantenimiento de los procesos vitales: respiración, circulación, síntesis de constituyentes orgánicos, transporte de iones a través de las membranas, mantenimiento de la temperatura corporal, crecimiento y desarrollo de estructuras corporales (Florido y col, 2010).

Durante la gestación tienen lugar distintos acontecimientos cuya consecuencia es un aumento del gasto energético basal. Parte de la necesidad de energía adicional es requerida para cubrir el costo de la síntesis de nuevos tejidos corporales. Este aumento es también debido a los procesos de crecimiento uterino, placentario y fetal, y al aumento de trabajo cardíaco materno (Mataix y Aranda, 2009).

Las necesidades energéticas no son mayores que el requisito de energía estimado para las mujeres no embarazadas hasta el segundo trimestre; a partir de entonces, la necesidad de energía extra por día es de 340 Kcal y 452 Kcal en el segundo y tercer trimestres, respectivamente (Kaiser y Campbell, 2014; Whitney y Rolfes, 2013). Aun así, dado que es difícil establecer el requerimiento óptimo de energía para cada mujer, hay autores que recomiendan guiar la ingesta en base a la ganancia de peso adecuada (Requejo A.M., 2002).

El aumento del gasto basal asociado al embarazo y la lactancia tiene como consecuencia la necesidad de aumentar la ingesta de nutrientes. Ahora bien, cada nutriente desempeña un papel diferente en el desarrollo de tejidos y en el crecimiento y produce cambios específicos en la homeostasis materna, por lo

que los requerimientos de nutrientes no aumentan de forma uniforme (Florido y col., 2010).

La adaptación metabólica necesaria se produce desde las primeras semanas del embarazo, pero su signo va cambiando a medida que avanza la gestación. En la primera parte de ésta, el crecimiento fetal genera demandas poco importantes en términos absolutos: a la semana 20, el feto pesa tan sólo un 15% de lo que será su peso final. Las necesidades energéticas de la unidad feto-placentaria son en esta fase limitadas, y el metabolismo materno se dirige preferencialmente hacia el almacenamiento de reservas, sobre todo en el sentido de acumulación de tejido adiposo, que puede llegar a los 3.500 g en la semana 18-20. Esta primera mitad de la gestación es un período básicamente anabólico (Florido y col., 2010).

El porcentaje en el que se debe incrementar la ingesta de energía es muy inferior al aumento que debe producirse en el aporte de la mayor parte de los nutrientes, así pues, mantener una situación nutricional adecuada es más difícil que en otras etapas de la vida siendo necesario modificar la dieta, eligiendo alimentos menos calóricos y con alta densidad en nutrientes (Martínez R.M., 2007).

#### **1.6.10. Proteínas**

Es necesaria una adecuada ingesta de proteínas en la dieta para llevar a cabo un embarazo sano (Stephens y col., 2015). De hecho, el crecimiento feto-placentario, así como el de algunos órganos maternos, particularmente el útero, precisan un elevado aporte de aminoácidos y proteínas (+12%), dado que se estima que las proteínas depositadas en estos tejidos alcanzan la cifra de 925 g, equivalente a 0,95 g/Kg/día. Los niveles aumentados de insulina favorecen la síntesis proteica y disminuyen la proteólisis, lo que se traduce en una reducción de los niveles de nitrógeno ureico en las embarazadas. Por su parte, los valores plasmáticos de aminoácidos también disminuyen durante la gestación, lo que probablemente es debido, sobre todo, a su captación placentaria y a su transferencia al feto, pero también a su mayor tasa de eliminación renal y a la utilización de algunos de ellos (aminoácidos

glucogénicos) para la síntesis hepática de glucosa (Sizer y Whitney, 2014; Florido y col., 2010).

Una dieta materna deficiente en proteínas se relaciona con recién nacidos de bajo peso al nacer (Stephens y col., 2015; Claycombe y col., 2013). Las proteínas deben suponer el 12-15% del total calórico, aporte que se cubre sin problemas con la dieta española (Quintas E., 2015). Esto supone un aumento de la ingesta proteica de aproximadamente 25 gr con respecto a la mujer no embarazada, por ello debe seleccionar alimentos proteicos en su dieta como carnes, lácteos y legumbres para asegurarse una ingesta adecuada (Whitney y Rolfes, 2013). En este sentido autores como Borazjani y colaboradores, han visto cómo la ingesta adecuada de proteínas procedentes de la leche se ha relacionado con un aumento del crecimiento fetal (Borazjani y col., 2013).

En mujeres vegetarianas que no incluyen ni lácteos ni huevos en su dieta se recomienda que durante el embarazo aumenten el consumo de legumbres, tofu, nueces y semillas (Alderman y col., 2014; Sizer y Whitney, 2014). En cambio ciertos estudios (Malasova y col., 2014) han puesto de manifiesto que el consumo excesivo de proteína de origen animal, principalmente de productos cárnicos, consumidos durante el embarazo puede aumentar el riesgo de sobrepeso en los hijos; esta asociación parece ser más fuerte para la descendencia femenina. También se ha visto que una dieta rica en proteína durante el período pre-concepcional se asocia con menor probabilidad de parto prematuro (Maslova y col., 2014b).

#### **1.6.11. Hidratos de carbono y fibra**

Los hidratos de carbono deben aportar el 50-60% de las kilocalorías totales ingeridas, sin embargo, los estudios dietéticos realizados en mujeres en edad fértil ponen de manifiesto la existencia de un aporte de hidratos de carbono inferior (Quintas E., 2015). En cualquier caso, dado que suponen la fuente principal de energía para el feto, es conveniente asegurar una ingesta de al menos 175 g/día (Whitney y Rolfes, 2013), ya que una ingesta insuficiente puede ocasionar la movilización de las reservas proteicas maternas para ser usadas como fuente de energía. Por otra parte, la excesiva e incompleta combustión de grasa que se da en estas circunstancias puede llevar a un

aumento en la producción de cuerpos cetónicos (Quintas E., 2015). Con respecto a la fibra, aunque no existen recomendaciones específicas para el embarazo, parece prudente aumentar su ingesta (una cantidad entre 30 y 35 g/día puede ser adecuada), con el fin de evitar y/o aliviar el estreñimiento, patología frecuente en esta situación fisiológica (Sizer y Whitney, 2014).

Aunque en determinadas ocasiones se desencadena diabetes en las mujeres gestantes, restringir el consumo de hidratos de carbono no supone una ventaja para evitar o corregir la diabetes gestacional (Quintas E., 2015). Por el contrario, los cambios en la calidad y cantidad de alimentos ricos en carbohidratos pueden comprometer la ingesta de nutrientes en mujeres con diabetes *mellitus* gestacional; así, Lovie y colaboradores comprobaron cómo en un grupo de mujeres embarazadas que llevaban una dieta con una baja carga glucémica la ingesta de nutrientes como fibra, ácido fólico, vitamina D, yodo y hierro, grasas mono y poliinsaturadas, vitamina E y potasio fue muy pobre (Lovie y col., 2013).

Un aumento en el consumo de fibra durante el embarazo puede reducir el aumento de peso, intolerancia a la glucosa, la dislipidemia, la preeclampsia y el estreñimiento. Algunos estudios han evaluado la adecuación de la ingesta de fibra durante el embarazo. La mayoría de los estudios revisados indicaban asociación entre las mujeres que no consumían cereales integrales (consumo inadecuado de fibra) con un mayor riesgo de obesidad. Además, el consumo adecuado de fibra se ha relacionado con la reducción del riesgo de obesidad en el período posterior al parto (Drehmer y col., 2013; Buss y col., 2009; Han y col., 2013).

En estudios realizados en mujeres embarazadas españolas se ha comprobado que más del 50% no cumplía con los requerimientos para cereales y legumbres (Rodríguez-Bernal y col., 2013), presentando un consumo alto de comida rápida, lo que conlleva una disminución de la ingesta de fibra, así como un aumento de carnes rojas y procesadas, que podía estar relacionado con el aumento de riesgo de diabetes (Domínguez y col., 2014). En este sentido se ha comprobado que la diabetes gestacional en mujeres inmigrantes hispanas que viven en España se asoció con una menor ingesta pre-gestacional de fibra y una

menor ingesta de alimentos con bajo índice glucémico (Pérez-Ferre y col., 2012). Por lo tanto una mayor ingesta de grasas saturadas, grasas *trans* y azúcar y una menor ingesta de fibra procedente de cereales, legumbres, hortalizas y frutas se asocian con un aumento de la glucosa en ayunas, aumento de la resistencia a la insulina (Ley y col., 2011; McGowan y col., 2013; Kinnunen y col., 2014; Luoto y col., 2010).

El consumo de pan fortificado en ácido fólico (Mallard y col., 2012), hierro (Bokhari y col., 2012) y yodo (Mackerras y col., 2011) puede ayudar a las mujeres embarazadas a conseguir las ingestas recomendadas para estos nutrientes.

#### **1.6.12. Lípidos**

Aunque es importante reducir el contenido de grasas de la dieta de la madre gestante para evitar problemas gastrointestinales, frecuentes en el embarazo (Quintas E., 2015), también es importante asegurar la ingesta de ácidos grasos esenciales, concretamente el ácido docosahexaenoico (DHA) fundamental para el desarrollo de las membranas, en particular del sistema nervioso y la retina del feto (Hautero y col., 2013). Los lípidos han de cubrir del 20 al 35% de las calorías totales, debiendo predominar los ácidos grasos monoinsaturados frente a los poliinsaturados y saturados (Martínez R.M., 2007). Además, deben distribuirse de la siguiente manera: menos de un 10% de kilocalorías procedentes de los ácidos grasos saturados, menos del 10% de los poliinsaturados y el resto de los ácidos grasos monoinsaturados (Gómez-Candela y col., 2007).

Los ácidos grasos esenciales (linoleico y alfa-linolénico), y más concretamente sus derivados de cadena larga araquidónico y docosahexaenoico juegan un papel esencial en el desarrollo de las estructuras cerebrales (Whitney y Rolfes, 2013). Estos AG proporcionan los precursores para la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos (mediadores de la transmisión nerviosa en el SNC), y son los componentes principales de los lípidos estructurales de todas las membranas celulares y más especialmente de las membranas del sistema nervioso y la retina. El déficit de estos ácidos grasos se ha relacionado con alteraciones del aprendizaje y defectos visuales. Por ello es importante aportar



en el periodo perinatal los ácidos grasos esenciales en cantidad suficiente. Además, los ácidos grasos EPA y DHA son los únicos ácidos grasos que atraviesan fácilmente la barrera hematoencefálica fetal (Emmet y col., 2013; Requejo A.M., 2002). Por otra parte, el consumo de aceites ricos en n-3 durante el embarazo reduce el riesgo de parto prematuro (Koletzko y col., 2008).

A lo largo de la gestación, tanto las concentraciones de AGE como de AGPI disminuyen progresivamente en el plasma materno, mientras que en el feto van aumentando con la edad gestacional. Además, se ha encontrado que los niveles de DHA son inferiores en las multíparas en comparación con las primigestas, hecho que sugiere que la gestación puede agotar los depósitos maternos de este ácido graso y como el feto capta entre 50 y 60 mg/día de ácidos grasos omega-3 (n-3) durante el último trimestre, es muy probable que el suministro de n-3 sea inadecuado en mujeres que tienen embarazos seguidos con intervalos cortos entre ellos (Florido y col., 2010).

Según el World Association of Perinatal Medicine Dietary Guidelines Working Group, los objetivos nutricionales para las embarazadas incluyen la recomendación de que los ácidos grasos poliinsaturados deben limitarse a una cantidad que no sobrepase el 5% de la energía total diaria, asegurando además una ingesta diaria de 2 g de ácido alfa-linolénico y un mínimo de 200 mg/día de DHA. La ingesta de DHA durante el embarazo presenta beneficios para la salud de la embarazada y para el feto (Emmett y col., 2013; Sinikovic y col., 2009). De hecho, la deficiencia de AG esenciales y DHA puede influir en el desarrollo vascular y, además, la deficiencia de ácidos grasos poliinsaturados n-3 podría asociarse a hipertensión arterial inducida en el embarazo (Gómez-Candela y col., 2007). Distintos autores han comparado el estado de ácidos grasos entre las adolescentes y la madres adultas llegando a la conclusión de que en situaciones de mayor riesgo nutricional, como en el embarazo en adolescentes, las concentraciones de AGP n-3 tienen mayor influencia en el buen desarrollo de los recién nacidos (Oliveira y col., 2012). Así mismo diversos estudios sugieren la asociación entre bajas ingestas de ácidos grasos omega-3 y un mayor riesgo de depresión post-parto (da Rocha y Kac, 2012).

El seguimiento de una dieta mediterránea rica en ácidos grasos omega-3 puede ayudar a las mujeres embarazadas a un adecuado estado nutricional (Barger M.K., 2010).

#### **1.6.13. Vitaminas**

Durante la gestación los requerimientos de algunas vitaminas están aumentados debido a las demandas metabólicas asociadas al crecimiento del feto y el desarrollo de tejidos como la placenta y aumento del volumen plasmático (Brown J.E., 2011c; Guillard J.C., 2013). Sin embargo, se debe evitar el consumo excesivo de otras vitaminas debido al peligro potencial para el feto que esto supone (Lutz y Przytulskik, 2011). El incremento calórico recomendado durante el embarazo es relativamente pequeño con respecto a los requerimientos de vitaminas que aumentan en una mayor proporción (Quintas E., 2015). Así, la embarazada debe elegir muy bien los alimentos que consume en su dieta para tener una alta densidad de nutrientes respetando la ingesta calórica (Rolfes, 2011).

Una ingesta adecuada de vitaminas durante el embarazo está relacionado con un buen crecimiento del feto y una mejora de salud de la madre y del feto (Tu y col., 2014; Lundqvist y col., 2014). Puede ser adecuado la toma de suplementos de ciertos nutrientes, como en el caso del ácido fólico, el hierro y el calcio (Kaiser y col., 2014), y en el caso de embarazos no planeados (Hatzopoulou y col., 2014). De hecho, se ha observado que el aporte adecuado de micronutrientes en la dieta de mujeres antes y durante el embarazo aumenta el peso del feto al nacer en una población de riesgo. En general, la mujer gestante puede cubrir sus recomendaciones consumiendo una dieta adecuada (Quintas E., 2015; Potdar y col., 2014) y evitar anomalías congénitas (Choi y col., 2014).

Aunque una dieta equilibrada es generalmente accesible para las mujeres embarazadas en los países desarrollados, en general, se siguen dietas de baja calidad con un alto contenido en grasas y una inadecuada ingesta de vitaminas y minerales durante el embarazo, en particular para el hierro, ácido fólico, calcio y vitamina D (Parisi y col., 2014).

La determinación del estado vitamínico y mineral en la mujer gestante es difícil, ya que a menudo las concentraciones plasmáticas de muchas vitaminas y minerales muestran un descenso sostenido con el avance de la gestación, probablemente debido a la hemodilución. Sin embargo, las concentraciones de algunas vitaminas y minerales no se ven afectadas, o incluso se encuentran aumentadas por elevación específica en sus proteínas transportadoras. Así, para conocer la ingesta adecuada de estos nutrientes en la mujer durante la gestación se hacen estudios de intervención nutricional en los que el consumo alto o bajo de una vitamina o mineral particular se asocia con la presencia de efectos favorables o no deseables durante el embarazo (Rai y col., 2014).

Todos los nutrientes son importantes para el desarrollo del embarazo, pero para el folato, vitamina B<sub>12</sub>, hierro y zinc las necesidades están especialmente aumentadas ya que juegan un papel muy importante en la síntesis de ADN y la formación de nuevas células (Rolfes S.R., 2011).

#### **1.6.13.1. Vitaminas liposolubles**

- **Vitamina A**

La vitamina A es necesaria para el crecimiento, diferenciación celular y correcto desarrollo del feto (Mataix y Aranda, 2009), la formación de calostro, la síntesis de hormonas ligadas a la gestación y la constitución de depósitos hepáticos para la lactancia (Quintas E., 2015). La ingesta deficitaria de vitamina A es poco frecuente en mujeres embarazadas de países desarrollados, no así en países en vías de desarrollo (Brown J.E., 2011b).

Los requerimientos para mujeres gestantes son de 800 mcg/día. Aunque un exceso puede ser teratógico, diversos estudios han puesto de relieve que un porcentaje apreciable de gestantes no llegan a cubrir las ingestas recomendadas, lo que tampoco es deseable (Martínez R.M., 2007). El aporte adecuado de esta vitamina resulta esencial en el embarazo, y de hecho su déficit se asocia con partos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y desprendimiento prematuro de placenta, malformaciones en el tracto urinario, pulmones y corazón (Brown J.E., 2011b; Rolfes, 2011).

- **Vitamina D**

La exposición habitual a la luz solar junto a una dieta adecuada, es importante para tener un aporte suficiente de vitamina D, nutriente fundamental para la correcta absorción y utilización del calcio (Quintas E., 2015). Sin embargo, a pesar del alto nivel de la luz del sol en las regiones mediterráneas, la hipovitaminosis D materna existe en estos países, debido, posiblemente, a la pigmentación oscura de la piel de la madre, la pobre ingesta de vitamina D en la dieta, reducción de la exposición al sol y aumento de la prevalencia de la obesidad. Así hay que poner de relieve que las organizaciones de salud pública deben ser conscientes de este fenómeno y desarrollar políticas específicas para prevenir la deficiencia de vitamina D y sus resultados adversos en la salud materna y neonatal (Karras y col., 2014; Sharif y col., 2013).

Además se ha observado que ingestas adecuadas de vitamina D juegan un papel beneficioso en la fertilidad (Lerchbaum y Rabe, 2014). Las ingestas recomendadas para esta vitamina son las mismas que para mujeres no gestantes sea cual sea la edad de las mismas (15 µg/día) (Ortega y col., 2014b). Un aporte adecuado de esta vitamina durante el embarazo es esencial para un desarrollo fetal adecuado, sin embargo, bajas ingestas de vitamina D durante el embarazo están relacionadas con la deformación craneana posicional en el niño a la edad de dos a cuatro meses (Weernink y col., 2014; Haggarty y col., 2013). También juega un papel importante en un buen estado inmunológico en el recién nacido (Brown J.E., 2011b), así autores como Allan y colaboradores, han relacionado la baja ingesta de vitamina D durante el embarazo con el desarrollo de asma en niños antes de los diez años de vida (Allan y col., 2014).

Además, la ingesta materna insuficiente de vitamina D está relacionada con aborto espontáneo, preeclampsia, nacimiento prematuro, infecciones maternas, desarrollo de diabetes de tipo 1 en el feto (Harvey y col., 2014; Brown J.E., 2011b; Burris y col., 2014). La adecuada ingesta de vitamina D se relaciona con prevención de enfermedades del sistema nervioso central, efectos beneficiosos sobre la glucemia y los valores de LDL-colesterol y menor prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo (Miyake y col., 2015;

Karlsson y col., 2014; Kaushal y Magon, 2013; Wrzosek y col., 2013; Asemi y col., 2013; Wagner y col., 2012; Barger M.K., 2010).

La deficiencia de vitamina D en el embarazo está muy extendida en muchas partes del mundo, por lo tanto, la ingesta de vitamina D durante el embarazo debe ser de interés para la salud global (Dawodu y Akinbi, 2013; Theobald H.E., 2007; Ozias y col., 2014) y su repercusión en el futuro ya que debido al envejecimiento de la población su deficiencia puede suponer una carga cada vez mayor de fracturas por osteoporosis (Curtis y col., 2014).

- **Vitamina E**

Algunos estudios relacionan los bajos niveles de vitamina E en la gestación con el riesgo de sufrir abortos, malformaciones congénitas y muerte fetal, especialmente en las gestantes de más edad, sobre todo si son fumadoras, ya que presentan mayor riesgo de sufrir deficiencia en esta vitamina (Quintas E., 2015).

La ingesta adecuada de vitamina E en la dieta de la embarazada mejora el estado inmunológico para el recién nacido (Maslova y col., 2014a). La vitamina E protege las membranas celulares debido a su acción antioxidante. Durante la gestación sus necesidades están aumentadas y estos requerimientos pueden ser mayores en madres con dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados (Turner, 2014; Martínez R.M., 2007). Las ingestas adecuadas de vitamina E son de 10 mg/día (Ortega y col., 2014b).

Los niveles bajos de vitamina E durante la gestación se han relacionado con la aparición de preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, así como con bajo peso al nacer y malformaciones congénitas (Dodd y col., 2013; Rumbold y Crowther, 2005). Además, los bajos niveles de ingesta de vitamina E en la dieta durante el segundo trimestre del embarazo, se asocian con la hiperglucemia y la resistencia a la insulina en etapas posteriores del embarazo (Ley y col., 2013).

- **Vitamina K**

Las ingestas recomendadas de vitamina K, en la segunda mitad del embarazo, son de 90 µg /día (Ortega y col., 2014).

Durante un embarazo normal la placenta transfiere cantidades limitadas de vitamina K al feto, pero después de una cirugía bariátrica en la madre puede haber un mayor riesgo de deficiencias de vitamina K; las consecuencias de graves deficiencias en esta vitamina pueden ser muerte neonatal y malformaciones óseas generalizadas (Lutz y Przytulskik, 2011).

#### **1.6.13.2. Vitaminas hidrosolubles**

- **Vitamina C**

La ingesta de esta vitamina está aumentada en mujeres gestantes con respecto al estado de no embarazo, estableciéndose en 80 mg/día (Ortega y col., 2014), aunque este aporte debe ser mayor en mujeres fumadoras y en fumadoras pasivas (Martínez R.M., 2007).

La vitamina C juega un papel importante en el desarrollo temprano del feto (Schjoldager y col., 2014) y es necesaria para la producción de colágeno y formación de tejidos, procesos éstos que caracterizan la etapa del embarazo (Turner, 2014).

Se ha visto cómo la baja ingesta materna de vitamina C durante el embarazo puede poner en peligro el aumento de peso materno, la función de la placenta y el desarrollo intrauterino (Schjoldager y col., 2014). También se ha observado una disminución de probabilidades de hipertensión gestacional con el aumento de la ingesta de vitamina C (Kazemian y col., 2013). Además, puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo tales como preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y la anemia materna (Rumbold y Crowther, 2012; Dodd y col., 2014).

- **Ácido fólico**

Durante el embarazo y la lactancia, la demanda de ácido fólico (forma en que el folato se presenta en los suplementos farmacológicos y en la fortificación de alimentos) aumenta como consecuencia de los cambios fisiológicos normales

de la madre y el crecimiento y desarrollo óptimos del feto. Distintos estudios observan mayores tasas de anemia relacionada con deficiencia de folato (anemia megaloblástica) en embarazadas y madres lactantes. Como consecuencia, se recomienda la administración de suplementos de ácido fólico durante el período prenatal y el embarazo para prevenir malformaciones congénitas del tubo neural (Stamm y Houghton, 2013; Whitney y Rolfes, 2013).

Los defectos de nacimiento son un importante problema de salud pública, debido a su incidencia global, así ocurre en el 2-3% de los nacidos vivos en la Unión Europea. Los defectos del tubo neural (DTN) debido a su gravedad y la incidencia relativamente alta y es uno de los riesgos prevenibles más destacados. En particular, una adecuada ingesta de ácido fólico reduce tanto la aparición como la recurrencia de los defectos del tubo neural, así se recomienda la ingesta diaria de 0,4 mg de ácido fólico en mujeres en edad fértil que planean quedar embarazadas ya que las necesidades están aumentadas en el primer mes de embarazo, cuando aún no se sabe que la mujer está embarazada (Rozaei y col., 2013; Taruscio y col., 2011; Vu y col., 2009).

Recomendar una adecuada ingesta de alimentos ricos en folatos es importante para alcanzar los niveles de ácido fólico en plasma que protejan del riesgo de enfermedades relacionadas con su deficiencia a la población de mujeres en edad fértil (Obeid y col., 2014; Horn y col., 2014; Al-Gailani S., 2013). Por lo tanto, parece prudente orientar y supervisar cuidadosamente los grupos de alto riesgo, y llevar a cabo investigaciones más centradas en comprender mejor y reducir al mínimo cualquier riesgo de deficiencia en ácido fólico (Choi y col., 2014; Fayyaz y col., 2014).

Tanto el folato como el ácido fólico, han demostrado ser útiles para prevenir las malformaciones congénitas del tubo neural (Fehr y col., 2011), ruptura precoz de la placenta y preeclampsia (Bortolus y col., 2014). La mujer en etapa preconcepcional y la embarazada deben incluir en su dieta alimentos como frutas, zumos, vegetales de hoja verde y cereales (Rolfes y col., 2012). No obstante es difícil aumentar las concentraciones tisulares de ácido fólico y

mantenerlos en niveles óptimos exclusivamente con modificaciones dietéticas (Obeid y col., 2014a; Valera-Gran y col., 2014).

Por otra parte, la encuesta nacional de la ingesta dietética de España ENIDE, 2010-2011 reveló que el consumo de ácido fólico en mujeres de 18-25 años fue 234,2 mg/día y 25 a 44 años fue de 265,04 mg y concluyó que estos resultados parecen ser motivo de preocupación, especialmente en las mujeres en edad de procrear, debido al riesgo de defectos del tubo neural. El uso en la etapa preconcepcional de complementos de folato varía con la educación y la concienciación sobre la importancia de la ingesta de ácido fólico entre las mujeres en edad reproductiva (Goñi y col., 2014).

- **Vitaminas B**

Otras vitaminas hidrosolubles, como tiamina, riboflavina y niacina, también aumentan sus requerimientos en la gestación debido al incremento en las necesidades de energía, ya que actúan como cofactores y coenzimas en la utilización de la misma. De igual forma, la vitamina B6, que participa en el metabolismo aminoacídico y en la conversión de triptófano en niacina, ve incrementados sus requerimientos en este proceso (Quintas E., 2015).

- **Vitamina B12**

La vitamina B12, implicada en la producción de glóbulos rojos y en la fisiología del sistema nervioso, aumenta sus requerimientos para asegurar niveles adecuados en la madre y el feto. Su déficit durante la gestación se ha asociado con retraso en el crecimiento y problemas posteriores de comportamiento, sin embargo, éste es poco frecuente y sólo puede suponer un problema en las gestantes vegetarianas estrictas (Requejo A.M., 2002).

En la embarazada también se incrementan las necesidades de vitamina B12, ya que actúa como coenzima que activa al ácido fólico. Generalmente, comiendo cantidades moderadas de carne, pescado, huevos o productos lácteos se consigue cubrir las necesidades de vitamina B<sub>12</sub>, sin embargo, dietas vegetarianas que excluyen todo producto de origen animal deben incluir suplementos de vitamina B<sub>12</sub> o alimentos fortificados en esta vitamina para



prevenir las complicaciones neurológicas debidas a su deficiencia (Rolfes y col., 2012).

Es necesario que los suplementos sean prescritos por el profesional médico, tengan las dosis adecuadas y se haga un seguimiento a la madre de su consumo, ya que durante el período de gestación tanto las deficiencias como los excesos de micronutrientes se relacionan con mal resultado obstétrico y fetal (Florido y col, 2010).

Se ha visto la existencia de déficit de vitamina B<sub>12</sub> en países europeos (Jacquemyn y col., 2014). Distintos estudios examinan el posible papel de la vitamina B<sub>12</sub> materna en el crecimiento fetal y su programación para la susceptibilidad a la enfermedad crónica. Así, especialmente en el contexto de una dieta vegetariana en la que pueden ser bajas las ingestas de vitamina B<sub>12</sub> y proteínas y alta en carbohidratos, se observa la influencia del estado de vitamina B<sub>12</sub> materna en el crecimiento y desarrollo fetal. La baja ingesta de vitamina B<sub>12</sub> y proteína por parte de la embarazada se asocian con un mayor riesgo de defectos del tubo neural, la masa magra baja y el exceso de adiposidad, aumento de la resistencia a la insulina, alteración del desarrollo neuronal y el riesgo alterado de cáncer en la descendencia. La vitamina B<sub>12</sub> es un nutriente clave asociado a la síntesis y la estabilidad de los ácidos nucleicos y la metilación de ADN que regula la expresión génica (Rush y col., 2014).

Estos resultados sugieren que la suplementación con vitamina B<sub>12</sub> durante el embarazo podría tener un impacto favorable en el desarrollo fetal intrauterino principalmente en las poblaciones que son genéticamente susceptibles (Torres-Sánchez y col., 2014; Allen L.H., 2009).

- **Biotina**

La biotina es un cofactor para varias enzimas y tiene un papel clave en el metabolismo. La ingesta adecuada de biotina para los adultos y las mujeres embarazadas es de 30 µg/día, mientras que se recomienda 35 µg/día para las mujeres lactantes (Perry y col., 2014; Ortega y col., 2014b).

#### **1.6.14. Minerales**

También las necesidades de minerales aumentan durante el embarazo, siendo el incremento especialmente importante en el caso del calcio y el hierro (Wise J., 2013).

- **Calcio**

Para satisfacer la demanda de calcio, el metabolismo de este mineral sufre una alteración espectacular durante la gestación, con un aumento de la paratohormona y la calcitonina, que ayudan a la movilización del calcio óseo materno y a su fijación en el hueso del feto, y un incremento en la producción renal de la 1.25 (OH)<sub>2</sub> D<sub>3</sub>, que aumenta la absorción de este mineral a nivel intestinal. Aun así, parece prudente aumentar la ingesta, ya que el déficit durante la gestación se ha asociado con alteraciones óseas tanto maternas como fetales, así como con una mayor incidencia de hipertensión materna. De hecho, las ingestas recomendadas para la población española marcan un incremento de 200 mg/día por encima de las necesidades de la no gestante (Requejo A.M., 2002).

Durante el embarazo hay un aumento en la absorción y en la retención de calcio encaminado a conseguir una correcta mineralización del esqueleto del feto. Las ingestas recomendadas de calcio durante la gestación son de 1400 mg en la segunda mitad de la gestación, cantidad que no suele ser alcanzada por la mayor parte de las gestantes. Estudios recientes muestran un menor riesgo de parto pretérmino y una mejora en la hipertensión gestacional en las madres con mayor ingesta de calcio (Preveens y col., 2014; Bramham y col., 2014), lo que pone de relieve que también la salud materna y no sólo la masa ósea del descendiente dependen de conseguir un aporte adecuado de este mineral (Martínez R.M., 2007).

La preeclampsia contribuye significativamente tanto a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La fisiopatología exacta de la preeclampsia es incierta, y el desarrollo de estrategias de prevención eficaces sigue siendo difícil de alcanzar. Se observó en distintos estudios que las mujeres con una dieta baja en calcio eran más propensas a padecer hipertensión gestacional, mientras que hubo una sugerencia (aunque no estadísticamente significativa)

de un efecto beneficioso de una dieta rica en frutas y verduras en el riesgo de preeclampsia, en vez de la toma de suplementos de calcio y vitaminas C y E (Dodd y col., 2014; Hofmeyr y col., 2014).

También se ha observado que las personas que desayunan de forma habitual tienen mayor ingesta de calcio total que las que no lo hacen (Song y col., 2006).

- **Hierro**

En cuanto al hierro, sus requerimientos aumentan considerablemente durante el embarazo (de hecho la ingesta recomendada se incrementa en 10 mg/día respecto a la de la mujer no embarazada), ya que durante este periodo no sólo es necesario para compensar las pérdidas habituales, sino que también se precisa para cubrir el aumento de la masa eritrocitaria en la mujer y las necesidades del feto y la placenta. Además, en el caso del feto, el aporte adecuado de este mineral va a ser imprescindible para formar un depósito hepático que posteriormente será utilizado en la primera parte de la vida del neonato, debido a la baja concentración de hierro en la leche materna. El organismo materno va a producir una serie de ajustes fisiológicos destinados a cubrir las necesidades de hierro durante la gestación (aumenta su absorción intestinal y se suprime el sangrado menstrual), sin embargo, estos cambios no compensan en su totalidad la elevada necesidad de este mineral, por lo que es necesario incrementar su ingesta (Quintas E., 2015).

Las altas recomendaciones marcadas difícilmente pueden cubrirse con la dieta, lo cual si se une a que la mayoría de las mujeres en el momento de la concepción tienen escasas reservas de hierro, aumenta la posibilidad de desarrollar anemia durante el embarazo (Requejo A.M., 2002; Adanikin y Awoleke, 2015).

Con el fin de evitar esto, ya que la presencia de anemia ferropénica (hemoglobina < 8 g/dL) en la gestación se ha relacionado con prematuridad, bajo peso al nacer y mayor riesgo para la madre en el parto, muchos autores recomiendan la suplementación sistemática con hierro a partir de la semana 12 de gestación, con 30 mg de hierro al día (Requejo A.M., 2002).

Sin embargo, éste es un tema controvertido ya que, si bien las bajas concentraciones de hemoglobina se han relacionado con diversos efectos adversos, cuando son elevadas, también se observan éstos. Concretamente una concentración de hemoglobina por encima de 12 g/dL se ha relacionado igualmente con prematuridad y bajo peso al nacer, pero además con una mayor incidencia de hipertensión materna. Por tanto, lo más adecuado parece ser individualizar, en función del estado de las reservas de hierro en la concepción y a lo largo de la gestación (Martínez R.M., 2007).

Hay estudios que ponen de manifiesto la importancia de la placenta en el metabolismo del hierro durante el desarrollo y el efecto de la deficiencia de hierro en la fisiología materna y fetal. El hierro es un micronutriente esencial, necesario para una amplia variedad de procesos biológicos. Durante el embarazo, la madre tiene que agotar sus reservas de hierro a fin de proporcionar al bebé las cantidades adecuadas. La deficiencia de hierro es un fenómeno común durante el embarazo (Mc Ardle y col., 2014; Menon y col., 2014).

Algunos estudios sugieren la necesidad de estrategias mixtas: la fortificación de alimentos y suplementos de hierro para las mujeres embarazadas y la instrucción nutricional para las mujeres en general (Sato y col., 2010).

Estudios en animales sugieren que la deficiencia materna de hierro aumenta el riesgo cardiovascular en la descendencia, así se ha visto una relación inversa entre la ingesta materna de suplemento de hierro durante el embarazo con la presión arterial sistólica en la descendencia a 10 años (Alwan y col., 2014).

- **Zinc**

Las necesidades de zinc también se incrementan durante el embarazo. Su déficit se relaciona con un mayor riesgo de partos pretérmino, menor crecimiento fetal, mayor incidencia de malformaciones y más complicaciones maternas (preeclamsia). Además, dada la interacción existente entre el hierro y el zinc a nivel intestinal, es necesario vigilar la situación en este mineral en las mujeres que consumen suplementos de hierro (Requejo A.M., 2002).

El zinc interviene en el crecimiento, desarrollo y diferenciación celular, participa en el metabolismo de proteínas, carbohidratos y lípidos, y además colabora con hormonas importantes en el crecimiento óseo como testosterona, hormonas tiroideas e insulina. Se recomienda una ingesta de 15 mg/día durante la segunda mitad del embarazo. Los requerimientos son mayores cuando las embarazadas tienen enfermedades del tubo digestivo (que causan malabsorción y como consecuencia pérdidas elevadas), infecciones agudas o traumatismos (Martínez R.M., 2007).

La ingesta de una dieta baja en zinc es la razón más común para la deficiencia de este mineral. En las mujeres con alto riesgo de deficiencia de zinc (baja ingesta de energía, proteínas, hierro, zinc) el zinc debe añadirse a los suplementos habituales (Naem y col., 2014), y tener en cuenta el potencial de la suplementación de zinc en productos lácteos para embarazadas (Nguyen y col., 2013).

La deficiencia de zinc es un problema de desnutrición importante en todo el mundo. Es más frecuente en las zonas de alto consumo de cereales y bajo consumo de alimentos de origen animal. La dieta puede no ser necesariamente baja en zinc, pero su biodisponibilidad juega un papel importante en su absorción. El ácido fítico es el principal inhibidor conocido de zinc. En comparación con los adultos, los bebés, niños, adolescentes, embarazadas y mujeres lactantes han aumentado los requerimientos para el zinc y, por tanto, tienen un mayor riesgo de deficiencia. La deficiencia de zinc durante los períodos de crecimiento da como resultado una limitación del crecimiento. Los órganos más afectados por la deficiencia de zinc son el tejido epidérmico, gastrointestinal, sistema nervioso, inmunológico, esquelético y reproductivo. El diagnóstico clínico de la deficiencia de zinc marginal en el ser humano sigue siendo problemática. Hasta el momento, la concentración sérica de zinc, la ingesta alimentaria, y la prevalencia del retraso del crecimiento son los indicadores más conocidos de la deficiencia de zinc. Cuatro principales estrategias de intervención para combatir la deficiencia de zinc incluyen la modificación de la dieta/diversificación, la suplementación, fortificación, y biofortificación. La elección de cada método depende de la disponibilidad de

los recursos, la viabilidad técnica, el grupo objetivo, y la aceptación social (Roohami y col., 2013).

- **Yodo**

El yodo constituye otro mineral importante en la gestación, especialmente durante la primera mitad del embarazo. El yodo es un mineral esencial para el correcto funcionamiento del Sistema Nervioso Central ya que interviene en la síntesis de hormonas tiroideas. Las ingestas recomendadas en madres gestantes son de 175 µg/día, siendo aconsejable cubrir este aporte con alimentos ricos en yodo como pescado, mariscos, algas marinas, plantas cultivadas en suelos ricos en yodo y utilización de sal iodada (Martínez García R.M., 2007).

La deficiencia de yodo en países desarrollados se asocia con efectos adversos en el desarrollo cognitivo del niño, lo que representa un problema de salud pública (Bath y col., 2013). Las consecuencias de la deficiencia de yodo incluyen bocio, deficiencias intelectuales, retraso del crecimiento, hipotiroidismo neonatal, aborto y mortalidad infantil (Pearce y col., 2013).

El estudio de la situación en yodo es importante en poblaciones vulnerables, como las mujeres embarazadas y lactantes. También se debe hacer seguimiento del consumo de sal yodada y otras fuentes de yodo en la dieta con el fin de evitar tanto el exceso como la insuficiencia de yodo. Por último, se debe coordinar las intervenciones diseñadas para reducir el consumo de sodio en la población con programas de yodación de la sal con el fin de mantener niveles adecuados de yodo a medida que disminuye el consumo de sal (Pearce y col., 2013; Caldwell y col., 2013; Leung y Braverman, 2014).

Por otra parte, los estudios epidemiológicos recientes en todo el mundo demuestran que la ingesta de yodo durante el embarazo es insuficiente en muchos países, incluso en los países desarrollados como Australia, España e Italia (Carretero-Molina y col., 2012), en los países europeos, actualmente se propone que el yodo se administre a mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia mediante la administración sistemática de suplementos con yodo para alcanzar la cantidad diaria recomendada (Glinioer D., 2007). En países europeos con alto nivel socioeconómico se ha observado que el riesgo de la

deficiencia de yodo fue significativamente mayor en las mujeres más jóvenes, en mujeres que no toman suplementos que contienen yodo, con un bajo consumo de leche y productos lácteos y las mujeres con un IMC más alto (Vandervijvere y col., 2013; Perrine y col., 2010; Gunnarsdottir y col., 2013; Moreno-Reyes y col., 2011). Así en la población española, el consumo de sal yodada parece haber contribuido a mantener un nivel de yodo aceptable (Vila y col., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aumentó recientemente la ingesta de yodo recomendada durante el embarazo 200-250  $\mu\text{g}$  / día y sugirió que una concentración media de yodo urinaria (IU) de 150 a 249  $\mu\text{g/L}$  puede ser indicativa de ingesta adecuada de yodo en mujeres embarazadas. Concentraciones de tirotropina en sangre recogida de los recién nacidos 3-4 días después del nacimiento pueden ser un indicador sensible de la deficiencia de yodo; cifras menores del 3% en los valores de TSH  $> 5$  mU/L son indicativas de suficiencia de yodo. La deficiencia de yodo en la madre y la hipotiroxinemia fetal puede causar cretinismo y adversamente afectar el desarrollo cognitivo de los niños; para evitar daños en el feto, el yodo se debe dar antes o al comienzo del embarazo. Si la deficiencia de yodo materna es leve a moderada produce cambios sutiles en la función cognitiva en los hijos, por lo que la OMS recomienda la administración de suplementos de yodo en el embarazo y la lactancia (Zimmermann M. B., 2009).

- **Selenio**

La preeclampsia es una condición hipertensiva grave del embarazo asociada con una alta morbilidad materna y mortalidad fetal (Thompson y col., 2008). La ingesta de selenio se ha relacionado con la aparición de preeclampsia. En un estudio en Reino Unido un pequeño aumento en la ingesta de selenio en mujeres embarazadas se observó que la deficiencia de selenio disminuía el riesgo de preeclampsia (Rayman y col., 2014).

- **Colina**

La deficiencia materna de colina puede interferir con el desarrollo del cerebro del feto. Así se recomienda la ingesta de 500 mg/día de colina en la mujer

embarazada (Ortega y col., 2014b). Aunque la colina se encuentra en muchos alimentos, la mayoría de las mujeres embarazadas no suelen ingerir la cantidad adecuada (Caudill M.A., 2010).

#### **1.6.15. Hidratación en el embarazo**

El agua desempeña funciones vitales diversas en el organismo. En el caso de la embarazada permite el aumento del volumen plasmático de la madre, actúa como lubricante, ayuda a regular la temperatura corporal, mantener el líquido amniótico y es necesaria para muchas reacciones metabólicas. La recomendación del aporte total de líquidos que incluye el consumo de agua, bebidas y alimentos es de 3 litros al día; esto incluye aproximadamente 2,3 litros (10 vasos) de líquido total en bebidas, incluida el agua. La ingesta adecuada de líquidos evita la retención de líquidos y el estreñimiento, así como la prevención de infecciones urinarias y la deshidratación por vómitos tomando sopas, zumos y bebidas para deportistas (Thompson y col., 2008).

#### **1.6.16. Otras consideraciones relacionadas con los hábitos alimentarios de la embarazada**

- **Cafeína**

La cafeína, atraviesa libremente la placenta y alcanza concentraciones séricas fetales similares a las de la madre (Greenwood y col., 2014; Wierzejska y col., 2014; Wehby y col., 2013; Boylan y col., 2013).

La cafeína es un alcaloide de tipo xantina que se encuentra en el café, refrescos, bebidas energéticas y té. Distintos organismos internacionales recomiendan limitar el consumo de cafeína durante el embarazo, y señalan la asociación de consumo de cafeína durante el embarazo con la mortalidad fetal, defectos de nacimiento, disminución de peso al nacer y menor crecimiento fetal (Okubo y col., 2015; Feng y col., 2014; Hollins C., 2014; Hoyt y col., 2014; Triche y col., 2014; Sengpiel y col., 2013; Howards y col., 2012). Los estudios publicados sobre los efectos de la cafeína prenatal han encontrado que la exposición crónica de la madre a la cafeína promueve alteraciones importantes



en el desarrollo neuromotor, pudiendo interferir en la neurotransmisión colinérgica durante el desarrollo del cerebro persistente hasta la edad adulta (Souza y col., 2015; Mioranza y col., 2014; Loomans y col., 2012).

Santiago y col. (2013) estudiaron el efecto de la cafeína sobre la actividad motora anormal. La mayoría de los sujetos estudiados (80%) registró el consumo de bebidas con cafeína durante el embarazo y el 14% de las mujeres informaron de un consumo de más de 4 bebidas con cafeína por semana. Estas cifras sugieren que algunos niños presentan riesgo de alteraciones en el desarrollo motor. Además, otros estudios indican una asociación lineal (a mayor ingesta mayor riesgo) entre la exposición intrauterina a la cafeína con un 23% más de riesgo de obesidad infantil, sobre todo en niñas (Li y col., 2014).

La cafeína aumenta los niveles de homocisteína total actuando como un antagonista de la vitamina B<sub>6</sub>, los niveles de homocisteína altos en el embarazo es un factor de riesgo perinatal provocando efectos adversos, tales como la restricción del crecimiento fetal y preeclampsia (Shiraishi y col., 2014).

Sin embargo hay autores que defienden que la ingesta moderada de café y té durante el primer trimestre de embarazo se asocia con un efecto protector frente al riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (Hinkle y col., 2015).

Es necesario establecer pautas adecuadas de consumo de cafeína en mujeres en edad fértil dado la importancia de esta sustancia en el embarazo (Shawey y col., 2015; Jahanfar y col., 2013; Hatchy y col., 2012), y ofrecer una adecuada educación nutricional en este sentido ya que la mayoría de las madres dejan o reducen el consumo de bebidas con cafeína durante el embarazo, a excepción de las madres jóvenes o en embarazos no deseados (Chen y col., 2014) y mujeres con trastornos de alimentación, en las que aumenta (Micali y col., 2012).

- **Alcohol**

El estilo de vida de la madre y el medio ambiente determinan las modificaciones moleculares intrauterinas en la descendencia, con un énfasis en las alteraciones epigenéticas (Barua y Junaid, 2015; Jagielska y col., 2012), así, los mecanismos moleculares y procesos subyacentes a los efectos teratogénicos

de exposición al alcohol siguen siendo poco conocidos y son complejos, ya que los efectos específicos dependen del momento, la cantidad y duración de la exposición, así como la susceptibilidad genética (Ungerer y col., 2013).

Los trastornos por consumo de alcohol son menos frecuentes en las mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas, pero estos trastornos pueden crear una gran cantidad de desafíos clínicos cuando se presentan, así, la ingesta de alcohol durante el embarazo puede tener consecuencias negativas tanto para el feto y como para la madre, pero no se conoce la cantidad de alcohol que no presenta riesgo (Devido y col., 2015; Lundqvist y col., 2014).

Una mujer embarazada que ingiere bebidas alcohólicas está poniendo en peligro a su bebé porque el alcohol atraviesa con facilidad la barrera placentaria y el feto no dispone de enzimas adecuadas para desintoxicarse, sobre todo en el primer trimestre ya que es en este período donde ocurre el desarrollo estructural básico (Lutzc y Przytulskik, 2011; Baña y col, 2014; Popoola y col., 2015). El feto puede sufrir cuadro de complicaciones físicas, cognitivas y conductuales, conocido como trastorno del espectro alcohólico fetal. La forma más grave es el síndrome alcohólico fetal, que incluye los rasgos faciales dismórficos (tercio medio facial plano con fisuras palpebrales cortas, philtrum plana y un borde bermellón estrecho del labio superior), además de retraso del crecimiento y graves trastornos del desarrollo neurológico (Brown J.E., 2008).

Debido a que los investigadores no han podido establecer niveles seguros de consumo de alcohol durante el embarazo los profesionales de salud deben alentar a las mujeres a abstenerse (Raymond y col., 2009; McDonald y col., 2014; Procter y Campbell, 2014). En consecuencia, algunas de estas mujeres podrían recurrir al consumo de bebidas con la etiqueta "sin alcohol" como sustitutos de las bebidas alcohólicas clásicas, esperando satisfacer sus antojos sin dañar al feto, pero actualmente no hay estudios que evalúen directamente la seguridad de las bebidas "sin alcohol" durante el embarazo, ya que hay datos que indican que este tipo de bebidas pueden contener cantidades mayores de lo esperado de etanol (Adiong y col., 2014). Los efectos teratogénicos del consumo de alcohol durante el embarazo incluyen anomalías de las estructuras

craneofaciales derivadas de las células de la cresta neural craneal. El labio leporino y hendiduras orofaciales en el paladar, también derivados de las células de la cresta neural craneal, son anomalías congénitas comunes, relacionadas con el consumo prenatal de alcohol (Bell y col., 2014).

En general, el embarazo es una buena etapa para la actuación del profesional de salud en conseguir buenos hábitos de vida para la embarazada (Skreden y col., 2014), así diversos estudios ponen de manifiesto que gracias a la actuación de los profesionales de salud en mujeres embarazadas se redujo significativamente el consumo de alcohol durante el embarazo (Tran y col., 2014), sobre todo en mujeres jóvenes y las mujeres con bajo nivel educativo (Crozier y col., 2009), mujeres con antecedentes familiares de consumo de alcohol (O'Brien y Hill, 2014) y mujeres con bajos ingresos económicos (Chambers y col., 2005).

La ingesta de alcohol puede disminuir el paso de oxígeno y glucosa al feto a través de la placenta, dando lugar a una menor división celular, lo que conlleva graves daños cerebrales. En este mismo sentido la ingesta de alcohol interfiere en el paso de nutrientes de la madre al feto a través de la placenta, dando lugar a un estado de malnutrición en la madre (Sizer y Whitney, 2014). Así, se ha visto cómo en mujeres con alta ingesta de alcohol, presentan ingestas bajas de ácido graso docosapentaenoico, vitaminas A, D, E y C, tiamina, riboflavina, vitamina B<sub>6</sub>, ácido fólico, calcio, magnesio, hierro y zinc, vitamina K, potasio y colina estaban muy por debajo de las ingestas recomendadas. La mala calidad de la dieta y múltiples deficiencias nutricionales, junto con la exposición prenatal al alcohol puede aumentar el riesgo de EDAF en esta población (May y col., 2014; Anderson y col., 2012).

Estudios realizados en Reino Unido (Nikjaer y col., 2014) y en Japón (Miyake y col., 2014) comprobaron cómo las mujeres que tenían ingestas superiores de alcohol tenían un riesgo significativamente mayor de tener bebés con bajo peso al nacer, menor talla al nacer y parto prematuro en comparación con las no bebedoras.

El trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) es causada por la interacción de factores genéticos y ambientales, así se han hecho estudios que revelan que el riesgo de TDAH aumenta significativamente cuando hay

una exposición simultánea al tabaco y al alcohol durante el embarazo (Han y col., 2015).

Así mismo se ha visto que el exceso de consumo de alcohol durante el embarazo constituye un factor de riesgo de la cardiopatía congénita (anomalías en la estructura del corazón que ocurren antes del nacimiento) en los niños, y el riesgo aumenta si los padres o un hermano tiene un defecto cardíaco congénito (Sun y col., 2015) y anomalías congénitas de los riñones y las vías urinarias (Dart y col., 2015), así como retraso en el desarrollo de la retina (Xi y col., 2013) y unos peores resultados educativos en el futuro (Zuccolo y col., 2013).

- **Tabaco**

A nivel mundial, el consumo del tabaco se ve como una amenaza importante para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos (Hinneburg I., 2013; Horta y col., 2011). Sin embargo, la prevalencia del tabaquismo en mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medianos sigue siendo poco clara (Caleyachetty y col., 2014; Levy y col., 2013; Nechanská y col., 2012).

El consumo de tabaco ejerce múltiples efectos adversos derivados del estrés oxidativo y el daño de los radicales libres como un factor fisiopatológico; así el hecho de fumar durante el embarazo contribuye al nacimiento de niños con bajo peso al nacer, parto prematuro y problemas de salud y desarrollo para el niño a lo largo de toda su vida (Stone y col., 2014; Ardalic y col., 2014; Talati y col., 2013).

El hábito de fumar se asocia a peores hábitos alimentarios, con menor consumo de verduras, frutas, lácteos, etc., y con niveles más bajos de algunos nutrientes como vitamina C, B<sub>12</sub> y folatos, zinc y carotenos, y peores hábitos de desayuno (consumir un solo alimento) (Adegboye y col., 2010), por lo que las mujeres fumadoras tienen problemas nutricionales adicionales. Pero además, el consumo de tabaco provoca la existencia de una deficiente densidad mineral ósea en el descendiente, probablemente debida a la disminución que se produce en la absorción de calcio y el aumento en su excreción urinaria, lo que podría perjudicar la mineralización del hueso y la presión arterial del niño (Quintas E., 2015; Martínez y col., 2007; Kamer y col., 2014; Hawsawi y col., 2015;

Norsa'adah y Salinah, 2014; Iñiguez y col., 2013). También se ha observado cómo la exposición temprana al humo del tabaco puede afectar negativamente al desarrollo del sistema inmunitario del feto en crecimiento (Miles y col., 2015; Thacher y col., 2014; Vázquez-Nava y col., 2013; Fuentes-Leonarte y col., 2015).

Los mecanismos mediante los cuales el tabaquismo ejerce su efecto sobre la duración de la gestación y el proceso del parto incluyen la vasoconstricción inducida por la nicotina, la hipoxia fetal inducida por el monóxido de carbono, la interrupción de la señalización de calcio por el cadmio, la producción alterada de hormonas esteroideas, la interrupción de la síntesis de prostaglandinas, y el cambio de las respuestas a la oxitocina (Bernal I., 2014).

En un estudio llevado a cabo en Suecia se comprobó cómo en los niños con predisposición genética, el tabaquismo materno a principios del embarazo se asoció con un mayor riesgo de desarrollo de diabetes mellitus tipo I (Mattsson y col., 2013), riesgo que aumenta si la descendiente es niña (Mattsson y col., 2015).

También se ha comprobado cómo el tabaquismo materno durante el embarazo (incluso en pequeñas cantidades) puede comprometer la viabilidad de las células mononucleares de la sangre del cordón umbilical y dañar la estructura del cordón umbilical, posiblemente por una excesiva biodisponibilidad de especies reactivas de oxígeno (Rua y col., 2014) y la exposición a largo plazo al humo del tabaco deteriora el flujo en los vasos fetales vitales disminuyendo así el crecimiento intrauterino (Milnerowicz-Nabzdyk y Bizon, 2014, Baba y col., 2013).

Algunos estudios han relacionado el hábito de fumar con peores resultados en el test de Apgar y en la función cognitiva del niño en etapas posteriores de su vida (Quintas E., 2015; Ekblad y col., 2015; Wojtyla y col., 2012; Clifford y col., 2012; Bonedum y col., 2013), y la exposición simultánea a tabaco y alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de trastorno de hiperactividad con déficit de atención en estos niños (Han y col., 2015; Kovess y col., 2014; Tiesler y col., 2014; Zhu y col., 2014); así, también se ha visto cómo los hidrocarburos aromáticos policíclicos (contaminantes ambientales

generalizados producidos por la combustión de combustibles fósiles y otros materiales orgánicos) son perjudiciales para el cerebro del feto en desarrollo, con efectos que se extiende a través de la infancia, con implicaciones para el éxito académico de los niños (Jedrychowski y col., 2015; Klejewski y col., 2012). En este sentido hay estudios que demuestran que fumar durante el embarazo aumenta las concentraciones de plomo en la sangre materna, y la exposición fetal a dosis bajas de plomo en el útero puede ser un factor de riesgo grave que causa un menor peso al nacer (Chelchowska y col., 2013).

El tabaquismo materno durante el embarazo se asoció de manera dosis-respuesta con el sobrepeso y la obesidad en los hijos a través de la adolescencia y la vida adulta, sobre todo en las niñas, y se observó cómo dejar de fumar durante el primer trimestre parece mitigar este efecto (Harris y col., 2013).

La nicotina atraviesa la barrera placentaria y puede provocar la sensibilización del cerebro del feto, como indican los estudios en los que la exposición prenatal al tabaquismo materno se asocia con un mayor riesgo de consumo de tabaco entre los adolescentes descendientes (Rydell y col., 2014).

Los datos recientes sugieren que dos factores se asocian con el riesgo de tabaquismo: tener otros fumadores en el hogar y no tener educación post-secundaria (Paterson J.M., 2003).

### **1.7. Alteraciones en el embarazo**

En un estudio realizado en nueve países europeos se observó que algunos países como Lituania, Polonia y España cuentan con una baja implementación de educación nutricional a las embarazadas, mientras que otros tienen recomendaciones muy específicas y más adecuadas como el Reino Unido, los Países Bajos, Islandia y Grecia (Oliver y col., 2014).

#### **1.7.1. Estreñimiento**

El estreñimiento suele presentarse en los últimos meses de la gestación por enlentecimiento de la motilidad intestinal, por lo que se recomienda estimular el peristaltismo con consumo de alimentos ricos en fibra (frutas, verduras, legumbres y cereales de grano entero), aumentar el volumen de ingesta de líquidos y realizar ejercicio físico moderado (Gómez Candela y col., 2007;

Buss y col., 2009; Pérez-Ferre y col., 2012; Ponce y col., 2008; Derbyshire y col., 2006).

El estreñimiento, ardor de estómago, y las hemorroides son problemas gastrointestinales comunes durante el embarazo. El estreñimiento se produce en el 11% al 38% de las mujeres embarazadas. También la prevalencia de las hemorroides sintomáticas en las mujeres embarazadas es mayor que en las mujeres no embarazadas. La incidencia de la acidez es del 17-45% en el embarazo. El aumento de la ingesta de fibra, aumento de la ingesta de líquidos, laxantes osmóticos, elevar la cabecera de la cama, reducir el consumo de cafeína, el consumo de alimentos grasos, y el tamaño y la frecuencia de las comidas, rutósidos, baños de asiento y laxantes estimulantes pueden ayudar a aliviar estos síntomas (Vazquez J.C., 2010).

#### **1.7.2. Náuseas y vómitos**

Algunos cambios hormonales provocan la relajación del tono muscular gastrointestinal, causando la náusea y el vómito durante el embarazo (Lutzc y Przytulskiki, 2011).

Las náuseas y los vómitos son experiencias comunes en el embarazo, que afectan a un 70-80% de todas las mujeres embarazadas, que aparecen sobre todo por la mañana, acompañados ocasionalmente por una excesiva producción de saliva (Quintas E., 2015). Aunque en la mayoría de las mujeres con náuseas y vómitos del embarazo han remitido los síntomas después del primer trimestre, en un pequeño porcentaje de las mujeres los síntomas se prolongan hasta el final del embarazo. Las mujeres con náuseas y vómitos intensos durante el embarazo pueden tener hiperemesis gravídica, lo que puede producir una deshidratación, acidosis metabólica por inanición, pérdida de peso, hipopotasemia y otros trastornos metabólicos, que si no se tratan pueden conducir a morbilidad materna y fetal (Turner, 2014; Lee M.M. y Saha S., 2011). El tratamiento dietético de la hiperémesis y otros trastornos metabólicos es el seguimiento de una dieta hipograsa muy fraccionada, con ingestas de comidas ligeras (pequeña cantidad de carbohidratos complejos y frutas) y frecuentes y evitando alimentos de olor fuerte para evitar la náusea, consumir alimentos fríos en lugar de calientes y tomar un refrigerio alto en proteínas

antes de dormir (Quintas E., 2015; Lutszc y Przytulskik, 2011). Es importante la reposición hidroelectrolítica aumentando el consumo de líquidos, pero siempre fuera de las comidas. El consumo moderado de agua y el seguimiento de una dieta saludable que incluya verduras y pescado se asocia con un riesgo menor de desarrollar la hiperémesis (Haugen y col., 2011).

## **1.8. Conocimientos, creencias y percepciones**

### **1.8.1. Preferencias**

La capacidad de percibir sabores comienza en el útero con el desarrollo del sistema olfativo y gustativo. Como consecuencia de ello, en esta etapa, comienza el aprendizaje acerca de los sabores en los alimentos presentes en moléculas derivadas de la dieta de la madre, tanto en el líquido amniótico como en la leche materna (Ventura y Worobey, 2013).

El ambiente nutricional al que un individuo está expuesto durante el período perinatal desempeña un papel crucial en la determinación de sus futuros resultados de salud metabólicos, así estudios en modelos de roedores han demostrado que el exceso de ingesta materna de alto contenido de grasa y/o alta en azúcar, durante el embarazo y la lactancia, pueden alterar la preferencia por los alimentos y llevar a una ingesta de alimentos de alta densidad de nutrientes (Gugusheff y col., 2015). También, en este sentido, se ha visto cómo la ingesta de alimentos muy energéticos y pobres en nutrientes durante el embarazo y antes del embarazo fueron predictores independientes de alto peso al nacer, lo que se asocia con el riesgo futuro de una serie de consecuencias adversas para la salud del niño (Wen y col., 2013).

Existen estudios que han identificado la exposición prenatal al sabor como factor determinante de las preferencias en los bebés (Ashman y col., 2014); así, la exposición temprana a la variedad de sabores de la dieta puede mejorar los resultados a largo plazo, poniendo de relieve la necesidad de promover una dieta variada durante el embarazo y la lactancia a fin de mejorar posteriormente los hábitos alimenticios de la descendencia (Cooke y Fildes, 2011).

Las preferencias alimentarias, el hambre y los antojos fueron los principales factores que afectan a la toma de decisiones en la elección de alimentos en las



mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional; una adecuada educación nutricional de las embarazadas realizada por un profesional sanitario puede ayudar en la elección de alimentos saludables y en el control del tamaño de ración (Hui y col., 2014; Groth y Morrison-Breedy, 2013).

Además, para promover una dieta saludable, se debe considerar los factores socio-culturales, ya que influyen en las preferencias de cada población; así se pone de relieve la necesidad de formar profesionales capaces de considerar el contexto sociocultural en la prestación de orientación alimentaria (Sásamo y col., 2014; Herring y col., 2012).

Antojos, aversiones y pica son comunes durante la gestación y pueden tener una influencia significativa en el desarrollo y resultado del embarazo. Estudios en mujeres embarazadas ponen de manifiesto que las preferencias alimentarias están influenciadas por lo que ellas creen beneficioso o perjudicial para el feto y para la madre (Weigel y col., 2011; Patil y col., 2012). Además, tiene influencia el olor, sabor y textura de los alimentos (Lim y col., 2008; Huybregts y col., 2009).

El primer trimestre del embarazo es un período de disminución de placer derivado de los alimentos, mientras que la percepción de los alimentos en el segundo trimestre se caracteriza por una dimensión hedónica en general similar a la de antes del embarazo (Klimacka-Nawrot y col., 2012).

Algunas aversiones alimentarias tienen su origen en creencias sociales, culturales o religiosas; por ejemplo hay mujeres que evitan el marisco porque creen que causa alergias, las frutas cítricas porque creen que causan abortos, el pato porque creen que los niños nacerán con pies palmeados (Thompson y col., 2008).

### **1.8.2. Creencias**

Los tabúes alimentarios son conocidos en prácticamente todas las sociedades humanas; la mayoría de las religiones declaran ciertos alimentos aptos y otros no aptos para el consumo humano. Creencias dietéticas pueden gobernar determinadas fases del ciclo de la vida humana y pueden estar asociados con eventos especiales como la menstruación, el embarazo, el parto y la lactancia

(Meyer-Rochow W.B., 2009). De hecho, muchos hábitos alimentarios se basan en hechos en una forma empírica, mitos, o mensajes realizados por algunos pseudo-profesionales de la salud (Pinheiro y Seabra, 2008; Howsong y col., 2013).

Es importante tener en cuenta las creencias y hábitos tradicionales de alimentación en las poblaciones inmigrantes en general y especialmente embarazadas, debido a las diversas creencias y prácticas culturales, así, la atención de salud eficaz puede producir cambios positivos y mejorar la salud general de las mujeres embarazadas (Yeasmin y Regmi, 2013).

También está muy extendida la creencia de que las hortalizas son mejores que la carne durante el embarazo; así como la creencia acerca de los remedios tradicionales a base de plantas para la salud y el bienestar del bebé. En un estudio sobre creencias, las mujeres afirmaron que ellas mismas, los profesionales de la salud, la naturaleza y Dios eran responsables de la salud de su bebé. Además, algunas de las encuestadas reconocieron el papel fundamental de la familia por el apoyo y asesoramiento durante el embarazo (Wulandari y col., 2011; Gautam y col., 2008). Según otros autores (Herring y col., 2012a) las mujeres gestantes creen que se deben consumir más calorías durante el embarazo porque el aumento de hambre durante la gestación era reflejo de las necesidades energéticas del bebé; otras dicen que tienen que comer por dos; también está muy arraigada la creencia de que si engordan menos tendrán bebés más pequeños y por lo tanto un parto fácil. Por todo ello, los factores culturales, socioeconómicos y demográficos tienen una fuerte influencia en los hábitos dietéticos (Bermúdez-Millán y col., 2009).

### **1.8.3. Nivel educativo**

Los errores en la alimentación y la inestable situación nutricional de las mujeres embarazadas pueden tener un impacto negativo en el desarrollo del feto y el curso del embarazo. Así distintos autores identifican el nivel educativo de las gestantes como un factor que determina la forma de elegir los alimentos, y por lo tanto determina el estado nutricional de las gestantes, observando que las mujeres con un nivel de educación bajo consumen menos alimentos del grupo de las frutas, verduras, leche y productos lácteos,

productos de cereales integrales, pescado o suplementos que contienen ácidos grasos poliinsaturados n-3, y por el contrario presentan un alto consumo de dulces (Suliga E., 2011; Downs y col., 2014; Usitalo y col., 2008) y de comida rápida lo que contribuye a la mala calidad de la dieta y la ingesta excesiva de calorías con el consiguiente aumento excesivo de peso durante la gestación (Fowles y col., 2011; Arkkola y col., 2008; Wen y col., 2010; Crozier y col., 2009).

Después de haber recibido una adecuada educación nutricional, las mujeres reconocen un cambio positivo en la elección de alimentos con un aumento del consumo familiar de frutas y cereales integrales y legumbres, y la sustitución de la leche entera por leche baja en grasa (Ritchie y col., 2010).

Se ha comprobado que sólo una pequeña proporción de las mujeres que planean un embarazo sigue las recomendaciones nutricionales y estilo de vida (toma de suplemento de ácido fólico, reducir el consumo de tabaco y alcohol o consumir cinco o más porciones de frutas y verduras al día), por lo que se necesita una mayor promoción de las recomendaciones, pero como muchos de los embarazos no son planificados, también se requieren campañas para mejorar la nutrición y estilos de vida de las mujeres en edad fértil (Inskip y col., 2009).

#### **1.8.4. Conocimientos**

Algunas investigaciones han correlacionado los conocimientos sobre nutrición en el embarazo con buenos hábitos alimentarios (Kim H.W., 2009). En un grupo de embarazadas adolescentes se comprobó que el conocimiento de los hábitos alimentarios saludables como interpretar bien las etiquetas de los productos y la promoción de la práctica de ejercicio físico adecuado, mejoró su estado nutricional (Wise y Arcamone, 2011). Otros autores, han observado que la educación nutricional durante el tercer trimestre del embarazo reduce significativamente la tasa de bajo peso al nacer (Jahan y col., 2014).

En concreto, en la población española hay un desconocimiento no percibido en temas de nutrición, hidratación y alimentación, que hace que muchas personas consideren como adecuada su dieta, sin que lo sea y sin tener clara cuál es la

proporción en la que se deben consumir los distintos alimentos, sobre todo verduras y cereales para los que se tiene un consumo insuficiente, lo que dificulta la mejora en las pautas nutricionales (Ortega y col., 2014). Además, existen estudios que ponen de manifiesto que los conocimientos por parte de las embarazadas acerca de la ganancia de peso adecuada durante el embarazo y la práctica de ejercicio son inapropiados, así las intervenciones para ayudar a las mujeres embarazadas a alcanzar una ganancia de peso saludable y una actividad física adecuada son necesarios (Stengel y col., 2012; Kominiarek y col., 2015).

#### **1.8.5. Antojos**

Los antojos se pueden definir como un ansia por la comida o el intenso deseo o necesidad de consumir un alimento específico (Belzer y col., 2010). Los antojos de alimentos son un fenómeno común, especialmente en mujeres, y se han relacionado con una serie de patologías relacionadas con el peso. En el embarazo, suelen aumentar en frecuencia e intensidad, sobre todo a finales del primer trimestre, alcanzando un pico durante el segundo trimestre y luego disminuir a medida que avanza el embarazo a término (Orloff y Hormes, 2014; Steinmetzy y col., 2012).

A pesar de que algunas mujeres tienen antojos específicos, la mayoría suelen ser antojos de alimentos “salado” o “dulce”. Los antojos de alimentos en el embarazo suelen deberse a cambios hormonales y a raíces culturales o familiares (Thompson y col., 2008). Los antojos más frecuentes son los productos lácteos y los alimentos dulces, incluyendo el chocolate, las frutas y zumo de frutas, todo esto puede estar relacionado con mayor necesidad de energía o de otros nutrientes como el calcio o el sodio durante el embarazo, así mismo se ha visto que hay una preferencia por el sabor dulce en gestantes con diabetes mellitus gestacional, sobre todo al final del embarazo (Belzer y col., 2010), además, el aumento de la preferencia por el sabor dulce en las mujeres con diabetes mellitus gestacional puede estar relacionado con las concentraciones de leptina e insulina elevadas que presentan en la mitad del embarazo (Belzer y col., 2009).



## 2. HIPÓTESIS

Las hipótesis de trabajo son:

- La alimentación de las gestantes de la Comunidad de Madrid no suele ser adecuada.
- Las mujeres gestantes con menos nivel de estudios son las que peores hábitos alimentarios presentan al tener peores conocimientos sobre temas de nutrición.
- Las mujeres con bajo peso, sobrepeso y obesidad son las que más errores tienen en su alimentación.
- Las mujeres gestantes procedentes de otros países tienen menos conocimientos sobre nutrición y preparación de alimentos, lo cual conlleva a padecer riesgos nutricionales.
- Las mujeres con estudios superiores tienen más capacidad de adquirir conocimientos sobre nutrición y estilos de vida saludables, lo que puede facilitar el seguimiento de dietas equilibradas y mejores hábitos de vida.



### **3. OBJETO**

La gestación constituye un proceso fisiológico de gran trascendencia biológica y nutricional, ya que, el aporte de nutrientes debe ser adecuado no sólo en cantidad, sino también en calidad, para que todo el proceso se desarrolle de un modo correcto.

Es por ello que, el embarazo, constituye una gran oportunidad para evaluar el estado nutricional y ofrecer a las mujeres, al mismo tiempo, consejos para mejorar la calidad de la dieta y la promoción de la salud.

Durante la gestación, aumentan las necesidades de nutrientes, ya que la mujer, no sólo debe cubrir sus propias necesidades sino también las del feto en crecimiento y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos, por lo que las deficiencias pueden ser más frecuentes que en otros colectivos, además de tener mayores repercusiones que en otras etapas de la vida, pudiendo comprometer la salud, en este período crítico, tanto de la madre como del niño.

Por otro lado, aunque las mujeres, durante esta etapa, intentan llevar una dieta adecuada, muchas veces los antojos, los gustos o aversiones e incluso los conocimientos que posean en relación con la nutrición, van a condicionar la elección de los alimentos que formarán parte de su dieta, dando lugar a que, en ocasiones, ésta no sea la más acertada.

Considerando todos estos hechos, el objeto principal del presente trabajo fue conocer los hábitos alimentarios, estilos de vida y conocimientos en nutrición de un grupo de gestantes de la Comunidad de Madrid, y analizar las diferencias existentes en función de distintas variables como la edad, el índice de masa corporal previo al embarazo, el nivel de estudios y el país de origen de la embarazada.





## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Material**

Se diseñó un estudio observacional, seleccionando a los individuos de once áreas sanitarias existentes en el año 2008 en la Comunidad de Madrid.

Se procedió a solicitar la participación en el estudio a las mujeres que acuden a los cursos de preparación al parto que se imparten en los Centros de Salud de Atención Primaria que existen en la Comunidad de Madrid. Seleccionando al azar, al menos, dos centros de salud de un mismo área de salud.

La captación de la muestra se realizó a través de las matronas que imparten los cursos de preparación al parto, enviándoles una carta explicativa del estudio (Anexo 1). En algunas áreas de salud también se pidió el consentimiento del coordinador de la zona.

Durante las clases de preparación al parto se les explicó a las gestantes el motivo del estudio. Así mismo, se pidió la participación voluntaria de las mujeres y se obtuvo un consentimiento informado escrito de todas las participantes/pacientes (Anexo 2).

#### **4.1.1. Etapas del estudio**

1º etapa: en la clase de preparación al parto se rellenaron los cuestionarios y el recuerdo de 24 horas.

2º etapa: después de dar a luz, se llamaba por teléfono a las mujeres para preguntarles por el peso al final del embarazo, el tipo de parto (cesárea o no), si habían tenido alguna complicación en el parto y datos referentes al bebé (sexo, peso, talla).

#### **4.1.2. Criterios de inclusión**

- Participación voluntaria y autorización firmada.
- Ser mujer y estar en el tercer trimestre del estado de gestación.
- Asistir a clases de preparación al parto en la Comunidad de Madrid.

Se recogieron datos dietéticos, de composición corporal y sanitarios, y se aplicó un cuestionario de hábitos alimentarios, estilos de vida, alteraciones en el embarazo, consumo de suplementos, conocimientos nutricionales, opiniones respecto a cuestiones nutricionales y datos socio-demográficos.

#### 4.1.3. Criterios de exclusión

- No estar en el tercer trimestre de gestación.
- No firmar el consentimiento escrito.
- No rellenar correctamente todos los cuestionarios.
- Estar en estado de gestación gemelar.

#### 4.1.4. Distribución de la muestra

Una vez superados los trámites preliminares, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y no inclusión, la muestra final quedó constituida por 432 mujeres (cuadro 4.1).

#### 4.1.5. Características de la población de estudio

Se estudiaron las características de la muestra según la edad de la gestante, IMC previo al embarazo, país de origen y nivel de estudios de la gestante.

Cuadro 4.1. Distribución de la población por áreas de salud.

Área de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Número de individuos	29	46	35	70	33	50	35	50	26	21	37
N= 432											

Cuadro 4.2. Distribución de la población según la edad de la gestante.

Edad de la gestante (años)	<30años	30-35 años	>35 años
Nº individuos (n)	127	213	92

Teniendo en cuenta el criterio de clasificación del IMC previo al embarazo seguido por Food and Nutrition Board (1990) (Cuadro 4.3) se clasificó a la población en IMC previo bajo, normal, sobrepeso y obesidad (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.3. IMC previo al embarazo según FOOD AND NUTRITION BOARD., 1990.

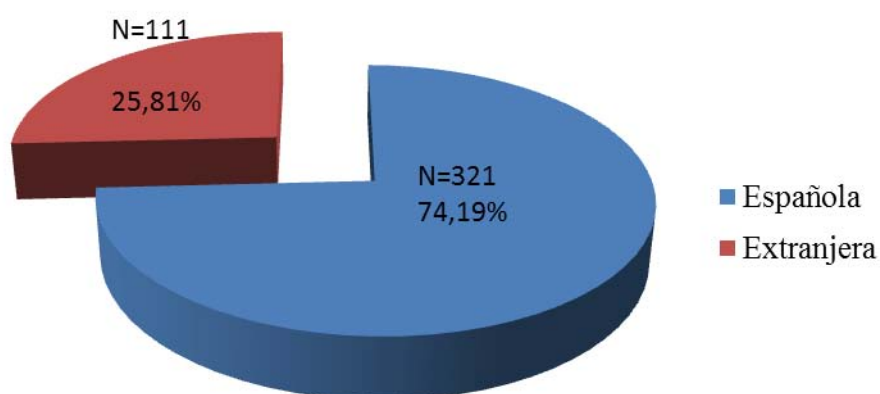
IMC (peso/talla <sup>2</sup> ) previo al embarazo
Bajo (IMC<19,8 kg/m <sup>2</sup> )
Normal (IMC 19,8-26 kg/m <sup>2</sup> )
Sobrepeso (IMC>26 kg/m <sup>2</sup> )
Obesidad (IMC>29 kg/m <sup>2</sup> )

Cuadro 4.4. Distribución de la población según su IMC previo al embarazo

IMC previo al embarazo	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Nº individuos (n)	79	24	51	28

Según el país de origen, la población se dividió en española y extranjera. Así, la población quedó dividida en 321 españolas y 111 extranjeras (Gráfica 4.1).

Gráfica 4.1 Distribución de la población según el país de origen



La procedencia de la población extranjera se muestra en el cuadro 4.5.

Cuadro 4.5 Distribución de la población extranjera según su país de origen

País	Argentina	Austria	Bolivia	Brasil	Bulgaria
N	7	1	11	4	1
País	China	Colombia	Ecuador	EEUU	Eslovaquia
N	1	7	23	1	2
País	Filipinas	Francia	Inglaterra	Guinea	Holanda
N	9	2	2	2	1
País	Irlanda	Israel	Italia	Japón	Luxemburgo
N	1	1	2	1	1
País	Marruecos	México	Noruega	Paraguay	Perú
N	2	8	1	8	9
País	Polonia	Rep.Dominicana			
N	1	2			

Para dividir inicialmente a la población en función de su nivel de estudios se utilizó la clasificación del Departamento de Estadística de la Comunidad de Madrid del año 2000 (Grupo de trabajo de la Sociedad de Epidemiología y de la sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2000) (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Distribución inicial de la población según el nivel de estudios

Gestantes		Recuento	%
Estudios	Sin estudios	0	0,00
	Estudios Primarios	2	0,48
	Segundo Grado	215	49,88
	Estudios de Grado	196	45,30
	Estudios de Postgrado	19	4,34

Posteriormente la población se agrupó en dos categorías en función de su nivel de estudios: estudios primarios y secundarios, y estudios superiores (Cuadro 4.7).

Cuadro 4.7 Distribución definitiva de la población según el nivel de estudios

Gestantes		Recuento	%
Estudios	Estudios Primarios y Segundo Grado	217	50,36
	Estudios Superiores	215	49,64

## 4.2. Métodos

Con el fin de conocer los hábitos alimentarios, conocimientos en nutrición y estilos de vida de las gestantes, se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de nutrición para gestantes (Anexo 3)
- Cuestionario de datos demográficos (Anexo 4)
- Recuerdo de 24 horas (Anexo 5)

### 4.2.1. Cuestionario de nutrición para gestantes

Las mujeres fueron informadas in situ sobre cómo debían cumplimentar el cuestionario.

En el cuestionario se incluyeron:

#### 4.2.1.1. Datos personales y antropométricos

En este apartado se debía indicar la edad, el país de origen, en caso de no ser españolas, el tiempo de residencia en España, el número de semanas de gestación, el número de hijos, el peso y la talla actual, el peso previo al embarazo, la percepción que tenían según su peso antes del embarazo y los kilos que creían que debían ganar a lo largo del embarazo.

#### 4.2.1.2. Hábitos alimentarios

Se preguntó sobre la modificación del apetito, preferencias alimentarias, aversiones, antojos, seguimiento de regímenes durante el embarazo, así como sobre el número de comidas que realizaba al día y la frecuencia con la que consumían los siguientes grupos de alimentos: cereales (pan, arroz, pasta, etc.), legumbres, frutas, verduras y hortalizas (especificando por separado crudas y cocinadas), carnes, pescados, huevos, leche, otros lácteos, grasas y aceites, dulces, y bebidas con y sin alcohol.

#### **4.2.1.3. Estilo de vida**

Aquí se recogían datos sobre el hábito tabáquico antes y durante el embarazo, consumo de alcohol y cafeína.

#### **4.2.1.4. Alteraciones en el embarazo**

En este apartado se le preguntaba sobre si había sentido náuseas o vómitos y en qué trimestre del embarazo lo habían padecido, si había tenido alguna alteración durante el embarazo tipo estreñimiento, hemorroides, reflujo/acidez, hipertensión, bajada de azúcar, diabetes gestacional, otras o ninguna y si había padecido anemia.

#### **4.2.1.5. Consumo de suplementos**

Se recogió información sobre el consumo de suplementos, antes y durante el embarazo, tipo de suplemento, trimestre del embarazo en que lo tomó, razón por la que lo toma y quién se lo indicó.

#### **4.2.1.6. Conocimientos**

Se realizaron una serie de preguntas sobre distintos temas relacionados con la nutrición.

#### **4.2.1.7. Opiniones**

Aquí, se preguntó a la mujer sobre la importancia de la dieta en la gestación, si creía que su alimentación era correcta, así como la frecuencia con la que creía que se debían consumir los distintos grupos de alimentos, tanto en la población general, como en la gestante. También se preguntaba si creía necesario que la embarazada modificara su dieta, con respecto a la dieta de la no embarazada, y se pedía que citara alimentos que creía sanos, perjudiciales, que se debían modificar y que se deberían aumentar en la dieta de la gestante y por qué. Además, se incluyeron otras preguntas como, si creía que tenía unos buenos conocimientos en nutrición, dónde había adquirido los mismos y qué fuentes de información consideraba fiables o erróneas en relación con este tema, así como si deseaba recibir más información sobre alimentación en su centro de salud.

#### **4.2.2. Cuestionario de datos demográficos**

Con el fin de conocer el nivel socioeconómico de la gestante, se elaboró un cuestionario en el que la mujer debía indicar su estado civil, si trabajaba en ese

momento, y el máximo nivel de estudios alcanzado, tanto por ella, como por su pareja. Para clasificar a la población según su ocupación se utilizó el criterio de la Clasificación Nacional de Ocupaciones-1994 (CNO-1994) (Grupo de trabajo de la Sociedad de Epidemiología y de la sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2000).

#### **4.2.3. Recuerdo de 24 horas**

Para valorar el consumo de alimentos y la ingesta de energía y nutrientes de las gestantes se empleó un recuerdo de 24 horas donde las mujeres debían anotar, con la mayor precisión posible, todos los alimentos y bebidas consumidos en las últimas 24 horas, sin olvidar el aceite empleado en las preparaciones culinarias, el pan, el azúcar o las bebidas consumidas (refrescos y bebidas alcohólicas). Así mismo, se les advertía que no olvidasen anotar las comidas realizadas entre horas y lo que se “pica”, así como registrar el método de preparación culinario (cocido, frito, asado, etc.).

#### **4.2.4. Análisis de datos dietéticos**

Una vez conocido el consumo de alimentos y bebidas, se calculó el contenido en energía y nutrientes utilizando las Tablas de Composición de Alimentos del Departamento de Nutrición (Ortega y col., 2010a). Posteriormente, se compararon las ingestas obtenidas con las recomendadas (IR) para la población española, teniendo en cuenta la edad y la situación fisiológica (Ortega y col., 2014b), con el fin de enjuiciar la adecuación de las dietas. Para llevar a cabo el análisis dietético se empleó el programa DIAL (Ortega y col., 2013c).

Para establecer las necesidades de energía individuales se calculó el gasto energético teórico (GET), teniendo en cuenta variables como el peso (kg), la altura (m), la edad (años) y un coeficiente de actividad física ligero.

Para validar los resultados del estudio dietético, se comparó la ingesta energética obtenida, con el gasto energético teórico (Black y col., 1991). El porcentaje de discrepancia en lo declarado se determinó utilizando la siguiente fórmula:  $(\text{Gasto energético} - \text{Ingesta energética}) \times 100 / \text{Gasto energético}$ . Cuando se utiliza este método, un valor negativo indica que la ingesta energética declarada es mayor que el gasto energético estimado (probable sobrevaloración) mientras que un valor positivo, indica que la ingesta energética declarada es menor que el gasto energético total



estimado (probable infravaloración) (Ortega y Povea, 2009; Ortega y col., 1997; Ortega y col., 1995; Black y col., 1991).

Para valorar la calidad de la dieta se analizó el perfil calórico y lipídico, comparando los resultados obtenidos en ambos casos con los objetivos nutricionales marcados como deseables (Ortega y col., 2014b; Ortega y col., 2012b; Aranceta y col., 2011).

#### **4.2.5. Estudio estadístico**

Todos los datos obtenidos en el estudio se incorporaron y depuraron en una base de datos elaborada en el programa Excel 2007 de Microsoft, la cual fue, posteriormente, exportada y analizada de forma estadística en SPSS (versión 20).

Los datos dietéticos fueron ajustados previamente a la variabilidad de la ingesta calórica mediante el método de los residuos (Willett, 1986; Willet y col., 1985).

En las tablas de resultados se presentan los valores medios y desviación típica, o si corresponde, los porcentajes de cada uno de los parámetros estudiados para la población total y en función de:

- Edad
- IMC previo al embarazo
- País de origen
- Nivel de estudios

Se procedió a estudiar la normalidad de la distribución de los datos en todos los grupos establecidos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los datos se distribuyeron de manera normal, con lo que se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas. Se ha empleado la prueba de  $\chi^2$  para verificar la asociación entre variables cualitativas, el test de la t de Student para analizar las diferencias entre medias de dos grupos, y/o el análisis de la varianza (ANOVA) para establecer diferencias entre las medias de más de dos grupos.

Para establecer la asociación entre dos variables cuantitativas se utilizó la correlación de Pearson, para el resto de situaciones se utilizó Spearman.

Se han realizado análisis de regresión lineal o logística, según en cada caso, para encontrar la posible relación entre dos o más variables. En todos los casos se consideran significativas las diferencias con  $p < 0,05$ . Los valores de p se ajustaron con la corrección de Bonferroni para pruebas múltiples.

## 5. RESULTADOS

**Tabla 5.1 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total N= 432			<30 años N= 127			30-35 años N= 213			>35 años N= 92		
	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Edad madre (años)	31,63	4,87		25,85 <sub>a</sub>	3,04		32,31 <sub>b</sub>	1,69		38,03 <sub>c</sub>	1,96	
Peso antes embarazo (Kg)	61,12	10,34		59,56 <sub>a</sub>	10,17		61,11 <sub>a,b</sub>	9,71		63,31 <sub>b</sub>	11,64	
Talla (cm)	163,13	6,85		162,03 <sub>a</sub>	8,15		163,53 <sub>a</sub>	6,17		163,68 <sub>a</sub>	6,28	
IMC (kg/m2)	22,98	3,73		22,72 <sub>a</sub>	3,74		22,85 <sub>a</sub>	3,46		23,65 <sub>a</sub>	4,26	
Ganancia peso real gestante (kg)	11,91	5,10		13,32 <sub>a</sub>	5,91		11,62 <sub>b</sub>	4,85		10,88 <sub>b</sub>	4,21	
Cuántos Kg cree debería ganar en el embarazo	10,74	2,17		11,00 <sub>a</sub>	2,54		10,72 <sub>a</sub>	1,99		10,44 <sub>a</sub>	2,02	
Origen												
Española			74,19			56,69 <sub>a</sub>			80,57 <sub>b</sub>			83,70 <sub>b</sub>
Extranjera			25,81			43,31 <sub>a</sub>			19,43 <sub>b</sub>			16,30 <sub>b</sub>
Tiempo residencia España (años)	5,29	4,22		4,15 <sub>a</sub>	3,06		6,33 <sub>a</sub>	4,97		6,41 <sub>a</sub>	4,79	
Tiempo residencia Comunidad de Madrid (años)	5,06	3,91		4,05 <sub>a</sub>	2,95		5,93 <sub>a</sub>	4,31		6,22 <sub>a</sub>	4,89	
Nº hijo incluido emb	1,25	0,49		1,10 <sub>a</sub>	0,29		1,26 <sub>b</sub>	0,47		1,46 <sub>c</sub>	0,67	
Planificó embarazo												
SI			75,64			55,56 <sub>a</sub>			82,63 <sub>b</sub>			86,96 <sub>b</sub>
NO			24,36			44,44 <sub>a</sub>			17,37 <sub>b</sub>			13,04 <sub>b</sub>
IMC previo real												
Bajo (IMC<19,8)			18,12			17,60 <sub>a</sub>			18,57 <sub>a</sub>			17,78 <sub>a</sub>
Normal (IMC 19,8-26)			64,47			65,60 <sub>a</sub>			66,67 <sub>a</sub>			57,78 <sub>a</sub>
Alto (IMC >26-29)			10,82			9,60 <sub>a</sub>			9,52 <sub>a</sub>			15,56 <sub>a</sub>
Obesa (IMC>29)			6,59			7,20 <sub>a</sub>			5,24 <sub>a</sub>			8,89 <sub>a</sub>
Percepción peso previo												
Demasiado delgada			7,66			9,52 <sub>a</sub>			6,10 <sub>a</sub>			8,70 <sub>a</sub>
Peso adecuado			62,41			66,67 <sub>a</sub>			63,85 <sub>a</sub>			53,26 <sub>a</sub>
Sobrepeso			28,77			23,02 <sub>a</sub>			29,11 <sub>a</sub>			35,87 <sub>a</sub>
Obesa			1,16			0,79 <sub>a</sub>			0,94 <sub>a</sub>			2,17 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.2 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total			<30 años			30-35 años			>35 años		
		Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Peso del bebé (kg)		3,27	0,48		3,26 <sub>a</sub>	0,42		3,28 <sub>a</sub>	0,47		3,25 <sub>a</sub>	0,57	
Talla bebé (cm)		50,12	2,42		50,28 <sub>a</sub>	2,50		49,95 <sub>a</sub>	2,41		50,33 <sub>a</sub>	2,35	
Rango peso bebé	Peso bebé < 3 kg			23,98			20,88 <sub>a</sub>			23,56 <sub>a</sub>			28,57 <sub>a</sub>
	Peso bebé 3-4 kg			71,64			78,02 <sub>a</sub>			71,84 <sub>a</sub>			63,64 <sub>a</sub>
	Peso bebé > 4 kg			4,39			1,10 <sub>a</sub>			4,60 <sub>a</sub>			7,79 <sub>a</sub>
Sexo bebé	Niña (%)			47,65			42,86 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>			48,05 <sub>a</sub>
	Niño (%)			52,35			57,14 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>			51,95 <sub>a</sub>
Cesárea	Si			25,91			21,79 <sub>a</sub>			25,83 <sub>a</sub>			30,56 <sub>a</sub>
	No			74,09			78,21 <sub>a</sub>			74,17 <sub>a</sub>			69,44 <sub>a</sub>
Lactancia materna	SI			86,30			85,14 <sub>a</sub>			85,91 <sub>a</sub>			88,41 <sub>a</sub>
	NO			13,70			14,86 <sub>a</sub>			14,09 <sub>a</sub>			11,59 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.3 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
		%	%	%	%
Estado civil	Soltera	10,88	19,69 <sub>a</sub>	8,45 <sub>b</sub>	4,35 <sub>b</sub>
	Casada/Convivencia	84,95	75,59 <sub>a</sub>	87,32 <sub>b</sub>	92,39 <sub>b</sub>
	Viuda	0,23	0,00	0,00	1,09 <sub>a</sub>
	Divorciada/Separada	0,69	0,00	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
	Otros	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,48	0,83 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>	0,00
	Segundo Grado	49,88	71,07 <sub>a</sub>	42,86 <sub>b</sub>	37,36 <sub>b</sub>
	Estudios de Grado	45,30	25,62 <sub>a</sub>	51,72 <sub>b</sub>	57,14 <sub>b</sub>
	Estudios de Postgrado	4,34	2,48 <sub>a</sub>	4,93 <sub>a</sub>	5,49 <sub>a</sub>
Trabaja	SI	76,07	63,41 <sub>a</sub>	80,68 <sub>b</sub>	82,61 <sub>b</sub>
	NO	23,93	36,59 <sub>a</sub>	19,32 <sub>b</sub>	17,39 <sub>b</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 0 más asal titul 2ºy3ºciclo	21,13	14,55 <sub>a</sub>	23,32 <sub>a</sub>	24,71 <sub>a</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	15,46	7,27 <sub>a</sub>	19,17 <sub>b</sub>	17,65 <sub>a,b</sub>
	adm y prof apoy. serv pers y seguridad	32,47	29,09 <sub>a</sub>	32,64 <sub>a</sub>	36,47 <sub>a</sub>
	trab manuales cualificados	11,60	18,18 <sub>a</sub>	9,33 <sub>a</sub>	8,24 <sub>a</sub>
	trab manuales semicualif	11,34	18,18 <sub>a</sub>	7,77 <sub>b</sub>	10,59 <sub>a,b</sub>
	trabajadores no cualificados	7,99	12,73 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a,b</sub>	2,35 <sub>b</sub>
	otros	0,00	0,00	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.4 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
		%	%	%	%
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Segundo Grado	52,41	71,43 <sub>a</sub>	47,03 <sub>b</sub>	40,48 <sub>b</sub>
	Estudios de Grado	43,85	25,71 <sub>a</sub>	50,27 <sub>b</sub>	52,38 <sub>b</sub>
	Estudios de Postgrado	3,74	2,86 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 o más asal titul 2ºy3ºciclo	28,84	20,75 <sub>a</sub>	30,94 <sub>a</sub>	34,52 <sub>a</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	11,05	3,77 <sub>a</sub>	11,05 <sub>a,b</sub>	20,24 <sub>b</sub>
	adm y prof apoy serv pers y seguridad	25,61	23,58 <sub>a</sub>	28,73 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	trab manuales cualificados	23,99	38,68 <sub>a</sub>	22,10 <sub>b</sub>	9,52 <sub>c</sub>
	trab manuales semicualif	7,28	9,43 <sub>a</sub>	4,42 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	trab no cualificados	2,96	3,77 <sub>a</sub>	2,21 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	otros	0,27	0,00	0,55 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.5 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total			<30 años			30-35 años			>35 años		
		%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Fumaba antes del embarazo	SI	34,65			37,30 <sub>a</sub>			36,62 <sub>a</sub>			26,37 <sub>a</sub>		
	NO	65,35			62,70 <sub>a</sub>			63,38 <sub>a</sub>			73,63 <sub>a</sub>		
Nº cigarros al día			11,67	6,60		12,86 <sub>a</sub>	7,93		11,53 <sub>a</sub>	5,77		9,80 <sub>a</sub>	6,18
Ha dejado de fumar	SI	51,33			52,08 <sub>a</sub>			51,28 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>		
	NO	48,67			47,92 <sub>a</sub>			48,72 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>		
Nº cigarros ahora			4,51	2,25		4,54 <sub>a</sub>	2,08		4,72 <sub>a</sub>	2,34		3,64 <sub>a</sub>	2,21

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.6 Datos del consumo de alcohol en la gestante. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total			<30 años			30-35 años			>35 años		
		%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con alcohol ahora		8,84			7,94 <sub>a</sub>			8,96 <sub>a</sub>			9,78 <sub>a</sub>		
Cerveza		3,70			0,79 <sub>a</sub>			5,16 <sub>a</sub>			4,35 <sub>a</sub>		
Cerveza (veces/semana)			1,25	0,80		1,00			1,19 <sub>a</sub>	0,86		1,50 <sub>a</sub>	0,87
Vino		4,86			4,72 <sub>a</sub>			5,16 <sub>a</sub>			4,35 <sub>a</sub>		
Vino (veces/semana)			0,95	0,79		0,75 <sub>a</sub>	0,43		0,94 <sub>a</sub>	0,88		1,25 <sub>a</sub>	1,06

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.7 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total			<30 años			30-35 años			>35 años		
	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con cafeína	69,37			73,81 <sub>a</sub>			70,89 <sub>a</sub>			59,78 <sub>a</sub>		
Café	45,24			44,44 <sub>a</sub>			46,48 <sub>a</sub>			43,48 <sub>a</sub>		
Café (veces/día)		0,66	0,75		0,58 <sub>a</sub>	0,72		0,65 <sub>a</sub>	0,73		0,85 <sub>a</sub>	0,83
Té	9,51			7,14 <sub>a</sub>			11,74 <sub>a</sub>			7,61 <sub>a</sub>		
Té (veces/día)		0,08	0,39		0,10 <sub>a</sub>	0,58		0,08 <sub>a</sub>	0,29		0,05 <sub>a</sub>	0,23
Cola	33,18			42,86 <sub>a</sub>			32,86 <sub>a,b</sub>			20,65 <sub>b</sub>		
Cola (veces/día)		0,19	0,52		0,24 <sub>a</sub>	0,56		0,19 <sub>a</sub>	0,51		0,13 <sub>a</sub>	0,47
Mate	0,23			0,00			0,47 <sub>a</sub>			0,00		
Mate (veces/día)		0,00	0,06		0,00 <sub>a</sub>	0,00		0,01 <sub>a</sub>	0,08		0,00 <sub>a</sub>	0,02

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.8 Datos personales y antropométricos de la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo			Normal			Alto			Obesa		
	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Edad madre (años)	31,27 <sub>a</sub>	5,29		31,57 <sub>a</sub>	4,73		32,41 <sub>a</sub>	5,14		31,71 <sub>a</sub>	4,78	
Peso antes embarazo (Kg)	51,78 <sub>a</sub>	4,56		59,64 <sub>b</sub>	6,05		70,66 <sub>c</sub>	6,70		85,01 <sub>d</sub>	12,49	
Talla (cm)	166,22 <sub>a</sub>	6,16		162,73 <sub>b</sub>	6,10		161,17 <sub>b</sub>	7,82		161,82 <sub>b</sub>	10,79	
IMC (kg/m2)	18,71 <sub>a</sub>	0,79		22,50 <sub>b</sub>	1,67		27,15 <sub>c</sub>	0,72		32,42 <sub>d</sub>	3,27	
Ganancia peso gestante (kg)	12,19 <sub>a</sub>	3,79		12,21 <sub>a</sub>	4,60		10,67 <sub>a</sub>	5,33		10,70 <sub>a</sub>	9,83	
Cuántos Kg debería ganar en todo el embarazo	11,32 <sub>a</sub>	2,54		10,84 <sub>a,c</sub>	2,01		9,84 <sub>b</sub>	2,18		9,72 <sub>b,c</sub>	2,04	
Origen												
Española			68,42 <sub>a</sub>			77,01 <sub>a</sub>			75,56 <sub>a</sub>			67,86 <sub>a</sub>
Extranjera			31,58 <sub>a</sub>			22,99 <sub>a</sub>			24,44 <sub>a</sub>			32,14 <sub>a</sub>
Tiempo residencia España (años)	3,90 <sub>a</sub>	4,74		5,53 <sub>a</sub>	4,20		5,94 <sub>a</sub>	4,24		6,15 <sub>a</sub>	3,69	
Tiempo residencia Comunidad de Madrid (años)	3,89 <sub>a</sub>	4,75		5,26 <sub>a</sub>	3,64		5,94 <sub>a</sub>	4,24		5,46 <sub>a</sub>	4,08	
Nº hijo incluido emb	1,15 <sub>a</sub>	0,39		1,25 <sub>a</sub>	0,50		1,33 <sub>a</sub>	0,52		1,43 <sub>a</sub>	0,63	
Planificó embarazo												
SI			75,32 <sub>a</sub>			75,18 <sub>a</sub>			80,43 <sub>a</sub>			71,43 <sub>a</sub>
NO			24,68 <sub>a</sub>			24,82 <sub>a</sub>			19,57 <sub>a</sub>			28,57 <sub>a</sub>
Percepción peso previo												
Demasiado delgada			27,27 <sub>a</sub>			4,01 <sub>b</sub>			0,00			3,57 <sub>b</sub>
Peso adecuado			71,43 <sub>a</sub>			74,45 <sub>a</sub>			15,22 <sub>b</sub>			3,57 <sub>b</sub>
Sobrepeso			1,30 <sub>a</sub>			21,53 <sub>b</sub>			84,78 <sub>c</sub>			75,00 <sub>c</sub>
Obesa			0,00			0,00			0,00			17,86 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.9 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo			Normal			Alto			Obesa		
		Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Peso del bebé (kg)		3,09 <sub>a</sub>	0,49		3,32 <sub>b</sub>	0,47		3,08 <sub>a</sub>	0,47		3,53 <sub>b</sub>	0,42	
Talla bebé (cm)		50,05 <sub>a</sub>	2,91		50,20 <sub>a</sub>	2,29		49,34 <sub>a</sub>	2,13		50,58 <sub>a</sub>	2,55	
Sexo bebé	Niña (%)			52,63 <sub>a</sub>			45,21 <sub>a</sub>			55,26 <sub>a</sub>			39,13 <sub>a</sub>
	Niño (%)			47,37 <sub>a</sub>			54,79 <sub>a</sub>			44,74 <sub>a</sub>			60,87 <sub>a</sub>
Cesarea	Si			14,81 <sub>a</sub>			26,42 <sub>a,b</sub>			23,53 <sub>a,b</sub>			52,94 <sub>b</sub>
	no			85,19 <sub>a</sub>			73,58 <sub>a,b</sub>			76,47 <sub>a,b</sub>			47,06 <sub>b</sub>
Lactancia materna	SI			80,77 <sub>a</sub>			88,83 <sub>a</sub>			81,82 <sub>a</sub>			81,25 <sub>a</sub>
	NO			19,23 <sub>a</sub>			11,17 <sub>a</sub>			18,18 <sub>a</sub>			18,75 <sub>a</sub>
Rango peso descendiente	Peso bebé < 3 kg			40,35 <sub>a</sub>			19,46 <sub>b</sub>			34,21 <sub>a,b</sub>			8,70 <sub>b</sub>
	Peso bebé 3-4 kg			56,14 <sub>a</sub>			75,11 <sub>b</sub>			65,79 <sub>a,b</sub>			86,96 <sub>a,b</sub>
	Peso bebé > 4 kg			3,51 <sub>a</sub>			5,43 <sub>a</sub>			0,00			4,35 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.10 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
		%	%	%	%
Estado civil	Soltera	11,69 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	Casada/Convivencia	85,71 <sub>a</sub>	86,13 <sub>a</sub>	82,61 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
	Viuda	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	Divorciada/Separada	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	Otros	0,00	0,73 <sub>a</sub>	2,33 <sub>a</sub>	0,00
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,00	0,38 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
	Segundo Grado	40,79 <sub>a</sub>	49,81 <sub>a</sub>	51,16 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
	Estudios de Grado	51,32 <sub>a</sub>	46,39 <sub>a</sub>	44,19 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	Estudios de Postgrado	7,89 <sub>a</sub>	3,42 <sub>a</sub>	4,65 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Trabaja	SI	77,63 <sub>a</sub>	75,84 <sub>a</sub>	83,72 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
	NO	22,37 <sub>a</sub>	24,16 <sub>a</sub>	16,28 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 ó más asal titul 2ºy3ºciclo	23,19 <sub>a</sub>	23,58 <sub>a</sub>	17,07 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	23,19 <sub>a</sub>	14,63 <sub>a</sub>	12,20 <sub>a</sub>	11,54 <sub>a</sub>
	adm y prof apoy. serv pers y seguridad	23,19 <sub>a</sub>	34,55 <sub>a</sub>	34,15 <sub>a</sub>	30,77 <sub>a</sub>
	trab manuales cualificados	8,70 <sub>a</sub>	12,60 <sub>a</sub>	7,32 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>
	trab manuales semicualif	13,04 <sub>a,b</sub>	6,91 <sub>a</sub>	17,07 <sub>a,b</sub>	34,62 <sub>b</sub>
	trabajadores no cualificados	8,70 <sub>a</sub>	7,72 <sub>a</sub>	12,20 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	otros	0,00	0,00	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.11 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
		%	%	%	%
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,00	0,00	0,00	0,00
	Segundo Grado	50,75 <sub>a</sub>	47,93 <sub>a</sub>	63,16 <sub>a,b</sub>	82,61 <sub>b</sub>
	Estudios de Grado	41,79 <sub>a,b</sub>	48,35 <sub>a</sub>	36,84 <sub>a,b</sub>	17,39 <sub>b</sub>
	Estudios de Postgrado	7,46 <sub>a</sub>	3,72 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 o más asal titul 2ºy3ºciclo	35,29 <sub>a</sub>	29,54 <sub>a</sub>	25,64 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	7,35 <sub>a</sub>	13,50 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>	0,00
	adm y prof apoy serv pers y seguridad	22,06 <sub>a</sub>	26,16 <sub>a</sub>	25,64 <sub>a</sub>	27,27 <sub>a</sub>
	trab manuales cualificados	25,00 <sub>a</sub>	22,36 <sub>a</sub>	28,21 <sub>a</sub>	36,36 <sub>a</sub>
	trab manuales semicualif	7,35 <sub>a,b</sub>	4,22 <sub>a</sub>	12,82 <sub>a,b</sub>	22,73 <sub>b</sub>
	trab no cualificados	1,47 <sub>a</sub>	4,22 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	otros	1,47 <sub>a</sub>	0,00	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.12 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo			Normal			Alto			Obesa		
		%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Fumaba antes del embarazo	SI	38,96 <sub>a</sub>			34,31 <sub>a</sub>			31,11 <sub>a</sub>			32,14 <sub>a</sub>		
	NO	61,04 <sub>a</sub>			65,69 <sub>a</sub>			68,89 <sub>a</sub>			67,86 <sub>a</sub>		
Nº cigarros al día			10,43 <sub>a</sub>	5,77		11,73 <sub>a</sub>	6,73		12,77 <sub>a</sub>	7,51		14,81 <sub>a</sub>	6,31
Ha dejado de fumar	SI	56,67 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>			60,00 <sub>a</sub>			33,33 <sub>a</sub>		
	NO	43,33 <sub>a</sub>			50,00 <sub>a</sub>			40,00 <sub>a</sub>			66,67 <sub>a</sub>		
Nº cigarros ahora			4,81 <sub>a</sub>	2,26		4,38 <sub>a</sub>	2,41		5,10 <sub>a</sub>	1,24		4,24 <sub>a</sub>	1,97

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.13 Datos del consumo de alcohol en la gestante. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo			Normal			Alto			Obesa		
		%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con alcohol ahora		9,09 <sub>a</sub>			9,16 <sub>a</sub>			6,52 <sub>a</sub>			7,14 <sub>a</sub>		
Cerveza		1,30 <sub>a</sub>			4,01 <sub>a</sub>			2,17 <sub>a</sub>			7,14 <sub>a</sub>		
Cerveza (veces/semana)			0,50			1,42 <sub>a</sub>	0,81					1,25 <sub>a</sub>	1,06
Vino		7,79 <sub>a</sub>			4,38 <sub>a</sub>			6,52 <sub>a</sub>			0,00		
Vino (veces/semana)			0,96 <sub>a</sub>	,60		1,17 <sub>a</sub>	1,00		0,25 <sub>a</sub>	0,00			

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.14 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo			Normal			Alto			Obesa		
	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con cafeína	70,13 <sub>a</sub>			68,98 <sub>a</sub>			71,74 <sub>a</sub>			64,29 <sub>a</sub>		
Café	48,05 <sub>a</sub>			44,89 <sub>a</sub>			45,65 <sub>a</sub>			39,29 <sub>a</sub>		
Café (veces/día)		0,86 <sub>a</sub>	0,77		0,63 <sub>a</sub>	0,72		0,59 <sub>a</sub>	0,74		0,56 <sub>a</sub>	0,92
Té	11,69 <sub>a</sub>			9,85 <sub>a</sub>			8,70 <sub>a</sub>			3,57 <sub>a</sub>		
Té (veces/día)		0,09 <sub>a</sub>	0,29		0,09 <sub>a</sub>	0,45		0,06 <sub>a</sub>	0,24		0,06 <sub>a</sub>	0,24
Cola	24,68 <sub>a</sub>			36,13 <sub>a</sub>			30,43 <sub>a</sub>			32,14 <sub>a</sub>		
Cola (veces/día)		0,22 <sub>a</sub>	0,63		0,17 <sub>a</sub>	0,49		0,14 <sub>a</sub>	0,34		0,39 <sub>a</sub>	0,70
Mate	1,30 <sub>a</sub>			0,00			0,00			0,00		
Mate (veces/día)		0,02 <sub>a</sub>	0,14		0,00 <sub>a</sub>	0,00		0,00 <sub>a</sub>	0,00		0,00 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.15 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española			Extranjera		
		Media	DS	%	Media	DS	%
Edad madre (años)		32,46 <sub>a</sub>	4,34		29,21 <sub>b</sub>	5,53	
Peso antes embarazo (Kg)		61,64 <sub>a</sub>	9,89		59,66 <sub>a</sub>	11,46	
Talla (cm)		163,72 <sub>a</sub>	5,89		161,53 <sub>b</sub>	8,92	
IMC (kg/m2)		23,00 <sub>a</sub>	3,52		22,93 <sub>a</sub>	4,32	
Ganancia peso gestante (kg)		11,54 <sub>a</sub>	4,89		13,14 <sub>b</sub>	5,62	
Cuántos Kg cree que debería ganar en todo el embarazo		10,68 <sub>a</sub>	1,95		10,96 <sub>a</sub>	2,73	
Tiempo residencia España (años)		5,67 <sub>a</sub>	1,89		5,28 <sub>a</sub>	4,26	
Tiempo residencia Comunidad de Madrid (años)		5,67 <sub>a</sub>	1,89		5,05 <sub>a</sub>	3,94	
Nº hijo incluido emb		1,24 <sub>a</sub>	0,46		1,27 <sub>a</sub>	0,57	
Planificó embarazo	SI			80,56 <sub>a</sub>			60,91 <sub>b</sub>
	NO			19,44 <sub>a</sub>			39,09 <sub>b</sub>
IMC previo real	Bajo (IMC<19,8)			16,46 <sub>a</sub>			22,43 <sub>a</sub>
	Normal (IMC 19,8-26)			66,77 <sub>a</sub>			58,88 <sub>a</sub>
	Alto (IMC >26-29)			10,76 <sub>a</sub>			10,28 <sub>a</sub>
	Obesa (IMC>29)			6,01 <sub>a</sub>			8,41 <sub>a</sub>
Percepción peso previo	Demasiado delgada			8,78 <sub>a</sub>			4,55 <sub>a</sub>
	Peso adecuado			57,99 <sub>a</sub>			74,55 <sub>b</sub>
	Sobrepeso			32,29 <sub>a</sub>			19,09 <sub>b</sub>
	Obesa			0,94 <sub>a</sub>			1,82 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.16 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española			Extranjera		
		Media	DS	%	Media	DS	%
Peso del bebé (kg)		3,23 <sub>a</sub>	0,49		3,40 <sub>b</sub>	0,41	
Talla bebé (cm)		49,97 <sub>a</sub>	2,38		50,62 <sub>b</sub>	2,50	
Rango peso bebé	Peso bebé < 3 kg			28,08 <sub>a</sub>			9,88 <sub>b</sub>
	Peso bebé 3-4 kg			68,08 <sub>a</sub>			83,95 <sub>b</sub>
	Peso bebé > 4 kg			3,85 <sub>a</sub>			6,17 <sub>a</sub>
Sexo bebé	Niña (%)			46,72 <sub>a</sub>			51,25 <sub>a</sub>
	Niño (%)			53,28 <sub>a</sub>			48,75 <sub>a</sub>
Cesárea	Si			24,11 <sub>a</sub>			31,58 <sub>a</sub>
	No			75,89 <sub>a</sub>			68,42 <sub>a</sub>
Lactancia materna	Si			85,19 <sub>a</sub>			89,33 <sub>a</sub>
	No			14,81 <sub>a</sub>			10,67 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.17 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
		%	%
Estado civil	Soltera	9,40 <sub>a</sub>	15,32 <sub>a</sub>
	Casada/Convivencia	87,46 <sub>a</sub>	78,38 <sub>b</sub>
	Viuda	0,31 <sub>a</sub>	0,00
	Divorciada/Separada	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
	Otros	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,32 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
	Segundo Grado	46,30 <sub>a</sub>	61,17 <sub>b</sub>
	Estudios de Grado	49,52 <sub>a</sub>	32,04 <sub>b</sub>
	Estudios de Postgrado	3,86 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>
Trabaja	SI	79,87 <sub>a</sub>	64,81 <sub>b</sub>
	NO	20,13 <sub>a</sub>	35,19 <sub>b</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 ó más asal titul 2ºy3ºciclo	23,81 <sub>a</sub>	12,90 <sub>b</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	16,67 <sub>a</sub>	10,75 <sub>a</sub>
	adm y prof apoy. serv pers y seguridad	36,73 <sub>a</sub>	19,35 <sub>b</sub>
	trab manuales cualificados	11,90 <sub>a</sub>	10,75 <sub>a</sub>
	trab manuales semicualif	7,48 <sub>a</sub>	23,66 <sub>b</sub>
	trabajadores no cualificados	3,40 <sub>a</sub>	22,58 <sub>b</sub>
	otros	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.18 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
		%	%
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,00	0,00
	Segundo Grado	51,55 <sub>a</sub>	56,10 <sub>a</sub>
	Estudios de Grado	44,67 <sub>a</sub>	40,24 <sub>a</sub>
	Estudios de Postgrado	3,78 <sub>a</sub>	3,66 <sub>a</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 o más asal titul 2ºy3ºciclo	31,12 <sub>a</sub>	20,24 <sub>a</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	11,19 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	adm y prof apoy serv pers y seguridad	25,87 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	trab manuales cualificados	23,78 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	trab manuales semicualif	6,29 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	trab no cualificados	1,40 <sub>a</sub>	8,33 <sub>b</sub>
	otros	0,35 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.19 Datos del hábito tabáquico de la gestante. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española			Extranjera		
		%	Media	DS	%	Media	DS
Fumaba antes del embarazo	SI	39,94 <sub>a</sub>	12,46 <sub>a</sub>	6,55	20,00 <sub>b</sub>	6,19 <sub>b</sub>	3,71
	NO	60,06 <sub>a</sub>			80,00 <sub>b</sub>		
Nº cigarros al día							
Ha dejado de fumar	SI	46,88 <sub>a</sub>	4,52 <sub>a</sub>	2,28	77,27 <sub>b</sub>	4,17 <sub>a</sub>	1,44
	NO	53,13 <sub>a</sub>			22,73 <sub>b</sub>		
Nº cigarros ahora							

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.20 Datos del consumo de alcohol en las gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española			Extranjera		
		%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con alcohol ahora		8,15 <sub>a</sub>	1,28 <sub>a</sub>	0,85	11,01 <sub>a</sub>	1,17 <sub>a</sub>	0,76
Cerveza		3,76 <sub>a</sub>			3,60 <sub>a</sub>		
Cerveza (veces/semana)							
Vino		4,39 <sub>a</sub>	1,16 <sub>a</sub>	0,96	6,31 <sub>a</sub>	0,67 <sub>a</sub>	0,38
Vino (veces/semana)							

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.21 Datos del consumo de bebidas con cafeína en las gestantes. Datos en función del país de origen de la gestante.**

	Española			Extranjera		
	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con cafeína	69,59 <sub>a</sub>			68,18 <sub>a</sub>		
Café	47,34 <sub>a</sub>			38,18 <sub>a</sub>		
Café (veces/día)		0,72 <sub>a</sub>	0,77		0,49 <sub>b</sub>	0,67
Té	6,90 <sub>a</sub>			17,27 <sub>b</sub>		
Té (veces/día)		0,05 <sub>a</sub>	0,23		0,19 <sub>b</sub>	0,67
Cola	35,42 <sub>a</sub>			27,27 <sub>a</sub>		
Cola (veces/día)		0,19 <sub>a</sub>	0,50		0,21 <sub>a</sub>	0,58
Mate	0,00			0,91 <sub>a</sub>		
Mate (veces/día)		0,00 <sub>a</sub>	0,00		0,02 <sub>a</sub>	0,12

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.22 Datos personales y antropométricos de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
	Media	DS	%	Media	DS	%
Edad madre (años)	30,34 <sub>a</sub>	5,44		33,11 <sub>b</sub>	3,78	
Peso antes embarazo (Kg)	61,60 <sub>a</sub>	11,15		60,66 <sub>a</sub>	9,60	
Talla (cm)	161,97 <sub>a</sub>	7,26		164,44 <sub>b</sub>	6,28	
IMC (kg/m2)	23,51 <sub>a</sub>	4,15		22,42 <sub>b</sub>	3,26	
Ganancia peso real gestante (kg)	11,68 <sub>a</sub>	5,62		12,25 <sub>a</sub>	4,41	
Cuántos Kg debería ganar en todo el embarazo	10,68 <sub>a</sub>	2,31		10,80 <sub>a</sub>	2,05	
Origen						
Española			69,38 <sub>a</sub>			80,98 <sub>b</sub>
Extranjera			30,62 <sub>a</sub>			19,02 <sub>b</sub>
Tiempo residencia España (años)	5,17 <sub>a</sub>	3,50		5,68 <sub>a</sub>	5,49	
Tiempo residencia Comunidad de Madrid (años)	5,02 <sub>a</sub>	3,50		5,28 <sub>a</sub>	4,69	
Nº hijo incluido emb	1,29 <sub>a</sub>	0,52		1,21 <sub>a</sub>	0,46	
Planificó embarazo						
SI			67,46 <sub>a</sub>			83,50 <sub>b</sub>
NO			32,54 <sub>a</sub>			16,50 <sub>b</sub>
IMC previo real						
Bajo (IMC<19,8)			15,12 <sub>a</sub>			21,95 <sub>a</sub>
Normal (IMC 19,8-26)			64,39 <sub>a</sub>			63,90 <sub>a</sub>
Alto (IMC >26-29)			10,73 <sub>a</sub>			10,24 <sub>a</sub>
Obesa (IMC>29)			9,76 <sub>a</sub>			3,90 <sub>b</sub>
Percepción peso previo						
Demasiado delgada			7,18 <sub>a</sub>			8,25 <sub>a</sub>
Peso adecuado			59,81 <sub>a</sub>			66,02 <sub>a</sub>
Sobrepeso			31,58 <sub>a</sub>			24,76 <sub>a</sub>
Obesa			1,44 <sub>a</sub>			0,97 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.23 Datos antropométricos del descendiente y datos relativos al parto y la lactancia. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
		Media	DS	%	Media	DS	%
Peso del bebé (kg)		3,26 <sub>a</sub>	0,47		3,27 <sub>a</sub>	0,49	
Talla bebé (cm)		50,12 <sub>a</sub>	2,61		50,16 <sub>a</sub>	2,27	
Rango peso descendiente	Peso bebé < 3 kg			22,36 <sub>a</sub>			26,04 <sub>a</sub>
	Peso bebé 3-4 kg			73,91 <sub>a</sub>			68,64 <sub>a</sub>
	Peso bebé > 4 kg			3,73 <sub>a</sub>			5,33 <sub>a</sub>
Sexo bebé	Niña (%)			46,54 <sub>a</sub>			49,11 <sub>a</sub>
	Niño (%)			53,46 <sub>a</sub>			50,89 <sub>a</sub>
Cesárea	Si			25,78 <sub>a</sub>			25,47 <sub>a</sub>
	No			74,22 <sub>a</sub>			74,53 <sub>a</sub>
Lactancia materna	Si			85,00 <sub>a</sub>			87,50 <sub>a</sub>
	No			15,00 <sub>a</sub>			12,50 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.24 Datos socioeconómicos de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
		%	%
Estado civil	Soltera	16,75 <sub>a</sub>	5,34 <sub>b</sub>
	Casada/Convivencia	81,34 <sub>a</sub>	92,72 <sub>b</sub>
	Viuda	0,00	0,49 <sub>a</sub>
	Divorciada/Separada	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	Otros	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Trabaja	SI	63,64 <sub>a</sub>	89,81 <sub>b</sub>
	NO	36,36 <sub>a</sub>	10,19 <sub>b</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 0 más asal titul 2ºy3ºciclo	0,53 <sub>a</sub>	41,33 <sub>b</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	3,19 <sub>a</sub>	27,55 <sub>b</sub>
	adm y prof apoy. serv pers y seguridad	42,55 <sub>a</sub>	21,94 <sub>b</sub>
	trab manuales cualificados	20,74 <sub>a</sub>	3,06 <sub>b</sub>
	trab manuales semicualif	19,68 <sub>a</sub>	3,06 <sub>b</sub>
	trabajadores no cualificados	13,30 <sub>a</sub>	3,06 <sub>b</sub>
	otros	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.25 Datos socioeconómicos del padre. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
		%	%
Estudios	Sin estudios	0,00	0,00
	Estudios Primarios	0,00	0,00
	Segundo Grado	86,81 <sub>a</sub>	19,79 <sub>b</sub>
	Estudios de Grado	13,19 <sub>a</sub>	72,92 <sub>b</sub>
	Estudios de Postgrado	0,00	7,29 <sub>a</sub>
Ocupación	dir. Adm Púb y emp 10 o más asal titul 2ºy3ºciclo	6,59 <sub>a</sub>	50,80 <sub>b</sub>
	dir. emp menos 10 asal titul 1º ciclo	2,75 <sub>a</sub>	19,25 <sub>b</sub>
	adm y prof apoy serv pers y seguridad	32,97 <sub>a</sub>	18,18 <sub>b</sub>
	trab manuales cualificados	40,11 <sub>a</sub>	8,02 <sub>b</sub>
	trab manuales semicualif	11,54 <sub>a</sub>	3,21 <sub>b</sub>
	trab no cualificados	6,04 <sub>a</sub>	0,00
	otros	0,00	0,53 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.26 Datos del hábito tabáquico de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
		%	Media	DS	%	Media	DS
Fumaba antes del embarazo	SI	44,02 <sub>a</sub>	12,50 <sub>a</sub>	6,76	25,85 <sub>b</sub>	10,17 <sub>b</sub>	6,06
	NO	55,98 <sub>a</sub>			74,15 <sub>b</sub>		
Nº cigarros al día							
Ha dejado de fumar	SI	40,86 <sub>a</sub>	4,79 <sub>a</sub>	2,07	71,70 <sub>b</sub>	2,94 <sub>b</sub>	1,71
	NO	59,14 <sub>a</sub>			28,30 <sub>b</sub>		
Nº cigarros ahora							

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.27 Datos del consumo de alcohol de las gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con alcohol ahora	6,73 <sub>a</sub>			11,17 <sub>a</sub>		
Cerveza	2,87 <sub>a</sub>			4,85 <sub>a</sub>		
Cerveza (veces/semana)		1,60 <sub>a</sub>	0,55		1,03 <sub>a</sub>	0,89
Vino	3,35 <sub>a</sub>			6,31 <sub>a</sub>		
Vino (veces/semana)		0,67 <sub>a</sub>	0,72		1,02 <sub>a</sub>	0,82

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.28 Datos del consumo de bebidas con cafeína de la gestante. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
	%	Media	DS	%	Media	DS
Consume bebidas con cafeína	70,33 <sub>a</sub>			67,48 <sub>a</sub>		
Café	45,93 <sub>a</sub>			44,66 <sub>a</sub>		
Café (veces/día)		0,67 <sub>a</sub>	0,80		0,67 <sub>a</sub>	0,69
Té	4,31 <sub>a</sub>			14,56 <sub>b</sub>		
Té (veces/día)		0,07 <sub>a</sub>	0,45		0,09 <sub>a</sub>	0,34
Cola	37,32 <sub>a</sub>			28,16 <sub>b</sub>		
Cola (veces/día)		0,30 <sub>a</sub>	0,65		0,09 <sub>b</sub>	0,32
Mate	0,00			0,49 <sub>a</sub>		
Mate (veces/día)		0,00 <sub>a</sub>	0,01		0,01 <sub>a</sub>	0,08

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.29 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Gr. totales	1822,58	535,54	1762,84 <sub>a</sub>	549,10	1858,78 <sub>a</sub>	520,40	1809,48 <sub>a</sub>	554,76
Cereales	159,81	84,42	166,58 <sub>a</sub>	91,90	165,20 <sub>a</sub>	80,32	140,27 <sub>a</sub>	82,87
Legumbres	20,82	49,73	21,84 <sub>a</sub>	35,34	20,99 <sub>a</sub>	56,98	19,30 <sub>a</sub>	46,87
Verduras y hortalizas	294,94	206,19	271,71 <sub>a</sub>	198,37	293,64 <sub>a</sub>	203,14	323,92 <sub>a</sub>	220,73
Fruta	414,71	283,19	346,26 <sub>a</sub>	278,85	446,34 <sub>b</sub>	287,79	421,51 <sub>a,b</sub>	268,20
Lácteos	415,44	206,22	397,20 <sub>a</sub>	184,79	425,44 <sub>a</sub>	214,52	413,75 <sub>a</sub>	211,83
Carne	147,75	128,23	180,68 <sub>a</sub>	149,11	133,14 <sub>b</sub>	125,25	143,14 <sub>a,b</sub>	101,91
Pescado	63,96	105,28	50,34 <sub>a</sub>	82,28	73,97 <sub>a</sub>	118,24	57,06 <sub>a</sub>	96,54
Huevos	25,16	40,43	26,85 <sub>a</sub>	43,74	23,55 <sub>a</sub>	38,82	26,84 <sub>a</sub>	40,57
Azúcares	13,28	24,62	16,55 <sub>a</sub>	29,24	10,74 <sub>a</sub>	21,35	15,24 <sub>a</sub>	25,49
Aceites	34,45	19,45	36,24 <sub>a</sub>	18,58	33,81 <sub>a</sub>	21,02	33,88 <sub>a</sub>	16,76
Bebidas	179,36	201,93	203,77 <sub>a</sub>	240,20	170,15 <sub>a</sub>	189,35	172,35 <sub>a</sub>	181,94
Precocinados	13,13	54,55	7,50 <sub>a</sub>	31,14	19,56 <sub>a</sub>	68,07	5,19 <sub>a</sub>	37,79
Aperitivos	5,27	21,95	1,07 <sub>a</sub>	5,87	8,45 <sub>a</sub>	29,35	2,96 <sub>a</sub>	10,22
Salsas	34,45	19,45	36,24 <sub>a</sub>	18,58	33,81 <sub>a</sub>	21,02	33,88 <sub>a</sub>	16,76
Varios	0,05	0,61	0,01 <sub>a</sub>	0,06	0,01 <sub>a</sub>	0,06	0,19 <sub>a</sub>	1,26

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.30 Ingesta de energía. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Ingesta (kcal/día)	1984,75	579,84	2004,97 <sub>a</sub>	616,84	2029,69 <sub>a</sub>	582,92	1862,48 <sub>a</sub>	518,38
Gasto teórico (kcal/día)	2554,65	137,41	2569,29 <sub>a</sub>	145,76	2552,81 <sub>a</sub>	129,08	2538,77 <sub>a</sub>	143,64
Contr. Gasto teórico (%)	78,45	23,25	78,96 <sub>a</sub>	24,95	80,05 <sub>a</sub>	23,11	74,29 <sub>a</sub>	21,35
Infravaloración (Kcal)	551,92	595,21	546,13 <sub>a</sub>	645,66	510,22 <sub>a</sub>	589,97	652,27 <sub>a</sub>	542,97
% Infravaloración	21,55	23,25	21,04 <sub>a</sub>	24,95	19,95 <sub>a</sub>	23,11	25,71 <sub>a</sub>	21,35

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.31 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Perfil calórico								
Calorías aportadas (%)								
Proteínas	17,01	3,76	17,30 <sub>a</sub>	4,21	16,82 <sub>a</sub>	3,62	17,12 <sub>a</sub>	3,56
Lípidos	39,44	8,75	40,04 <sub>a</sub>	8,61	38,85 <sub>a</sub>	9,36	40,07 <sub>a</sub>	7,44
Carbohidratos	41,36	9,15	40,63 <sub>a</sub>	9,43	42,12 <sub>a</sub>	9,41	40,48 <sub>a</sub>	8,19
Alcohol	0,03	0,17	0,02 <sub>a</sub>	0,08	0,02 <sub>a</sub>	0,16	0,06 <sub>a</sub>	0,26
Azúcares sencillos	19,86	7,15	17,45 <sub>a</sub>	6,77	20,61 <sub>b</sub>	7,56	20,88 <sub>b</sub>	6,00
Perfil lipídico								
Calorías aportadas (%)								
AGS	13,10	4,06	13,12 <sub>a</sub>	3,81	13,06 <sub>a</sub>	4,24	13,15 <sub>a</sub>	3,98
AGM	17,91	5,53	18,40 <sub>a</sub>	5,66	17,48 <sub>a</sub>	5,74	18,29 <sub>a</sub>	4,89
AGP	5,02	2,28	5,15 <sub>a</sub>	2,84	4,89 <sub>a</sub>	1,94	5,19 <sub>a</sub>	2,31

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.32 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Proteínas (g/día)	83,68	17,75	85,14 <sub>a</sub>	19,97	82,85 <sub>a</sub>	17,60	83,90 <sub>a</sub>	15,44
Lípidos (g/día)	88,43	17,81	89,43 <sub>a</sub>	18,14	87,27 <sub>a</sub>	18,96	89,87 <sub>a</sub>	14,57
Hidratos de carbono (g/día)	203,92	42,67	200,95 <sub>a</sub>	45,10	207,21 <sub>a</sub>	44,54	199,97 <sub>a</sub>	34,98
Fibra (g/día)	20,83	7,56	19,56 <sub>a</sub>	8,08	21,14 <sub>a</sub>	7,28	21,57 <sub>a</sub>	7,50
Alcohol (g/día)	0,08	0,50	0,05 <sub>a</sub>	0,27	0,05 <sub>a</sub>	0,36	0,20 <sub>a</sub>	0,84
Colesterol (mg/día)	310,27	159,59	318,81 <sub>a</sub>	165,08	300,40 <sub>a</sub>	147,62	322,56 <sub>a</sub>	178,96
Tiamina (mg/día)	1,53	0,75	1,55 <sub>a</sub>	0,82	1,54 <sub>a</sub>	0,80	1,47 <sub>a</sub>	0,54
Riboflavina (mg/día)	2,01	0,71	1,99 <sub>a</sub>	0,64	2,01 <sub>a</sub>	0,76	2,04 <sub>a</sub>	0,67
Niacina (mg/día)	34,68	9,07	35,58 <sub>a</sub>	9,52	34,18 <sub>a</sub>	8,87	34,77 <sub>a</sub>	9,02
Piridoxina (mg/día)	2,23	0,80	2,29 <sub>a</sub>	0,78	2,18 <sub>a</sub>	0,81	2,25 <sub>a</sub>	0,80
Folatos (µg/día)	325,68	156,13	315,39 <sub>a</sub>	162,39	316,01 <sub>a</sub>	143,51	358,64 <sub>a</sub>	172,96
Cianocobalamina (µg/día)	6,12	12,21	4,59 <sub>a</sub>	2,29	6,41 <sub>a</sub>	12,41	7,18 <sub>a</sub>	17,34
Ácido ascórbico (mg/día)	168,77	94,01	146,80 <sub>a</sub>	81,03	170,45 <sub>a,b</sub>	97,05	189,73 <sub>b</sub>	96,82
Vitamina A (µg/día)	1274,62	2996,00	900,09 <sub>a</sub>	653,32	1280,81 <sub>a</sub>	3005,14	1681,52 <sub>a</sub>	4292,28
Vitamina D (µg/día)	2,85	3,35	2,28 <sub>a</sub>	2,21	2,90 <sub>a</sub>	3,37	3,38 <sub>a</sub>	4,21
Vitamina E (mg/día)	9,12	6,00	8,72 <sub>a</sub>	7,16	9,00 <sub>a</sub>	5,67	9,84 <sub>a</sub>	5,25
Calcio (mg/día)	922,75	328,32	851,37 <sub>a</sub>	299,36	945,36 <sub>a</sub>	348,71	952,81 <sub>a</sub>	304,77
Hierro (mg/día)	14,57	5,00	14,88 <sub>a</sub>	5,69	14,44 <sub>a</sub>	4,76	14,52 <sub>a</sub>	4,73
Yodo (µg/día)	91,56	36,40	87,47 <sub>a</sub>	29,79	91,21 <sub>a</sub>	33,82	96,94 <sub>a</sub>	47,06
Zinc (mg/día)	10,42	3,44	10,50 <sub>a</sub>	3,85	10,29 <sub>a</sub>	3,40	10,59 <sub>a</sub>	3,06
Magnesio (mg/día)	293,48	79,46	276,70 <sub>a</sub>	78,70	293,11 <sub>a,b</sub>	72,42	313,14 <sub>b</sub>	91,23
Colina (mg/día)	140,78	94,24	143,62 <sub>a</sub>	102,05	134,62 <sub>a</sub>	93,85	151,24 <sub>a</sub>	85,99

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.33 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Proteínas	149,17	50,06	153,12 <sub>a</sub>	56,06	150,67 <sub>a</sub>	49,03	141,41 <sub>a</sub>	44,87
Tiamina	117,33	64,22	119,86 <sub>a</sub>	72,10	120,58 <sub>a</sub>	67,69	107,30 <sub>a</sub>	43,46
Riboflavina	133,87	54,31	133,11 <sub>a</sub>	51,97	136,02 <sub>a</sub>	57,31	129,94 <sub>a</sub>	50,48
Niacina	192,33	68,32	199,01 <sub>a</sub>	72,52	193,19 <sub>a</sub>	67,45	182,94 <sub>a</sub>	65,35
Piridoxina	117,00	47,95	121,30 <sub>a</sub>	48,71	116,47 <sub>a</sub>	48,31	113,34 <sub>a</sub>	46,63
Folatos	54,22	27,52	52,81 <sub>a</sub>	28,68	53,29 <sub>a</sub>	25,15	57,85 <sub>a</sub>	31,14
Cianocobalamina	234,59	477,35	178,99 <sub>a</sub>	100,98	252,77 <sub>a</sub>	489,06	256,78 <sub>a</sub>	670,66
Ácido Ascórbico	210,73	122,43	184,46 <sub>a</sub>	107,20	215,49 <sub>a</sub>	125,17	229,69 <sub>a</sub>	129,10
Vitamina A	158,98	378,22	113,96 <sub>a</sub>	75,76	163,76 <sub>a</sub>	383,18	198,95 <sub>a</sub>	538,12
Vitamina D	18,96	23,09	15,38 <sub>a</sub>	15,16	19,80 <sub>a</sub>	23,52	21,13 <sub>a</sub>	28,73
Vitamina E	91,02	65,17	87,98 <sub>a</sub>	77,75	91,90 <sub>a</sub>	62,10	92,51 <sub>a</sub>	56,74
Calcio	65,83	26,67	61,17 <sub>a</sub>	22,74	68,42 <sub>a</sub>	28,82	65,32 <sub>a</sub>	25,41
Hierro	58,19	23,60	59,86 <sub>a</sub>	27,55	58,64 <sub>a</sub>	21,97	55,33 <sub>a</sub>	22,37
Yodo	52,26	22,77	50,24 <sub>a</sub>	18,73	52,76 <sub>a</sub>	21,17	53,42 <sub>a</sub>	29,55
Zinc	69,30	30,27	70,54 <sub>a</sub>	35,76	70,00 <sub>a</sub>	28,69	66,39 <sub>a</sub>	27,07
Magnesio	73,27	24,53	69,58 <sub>a</sub>	23,88	74,30 <sub>a</sub>	22,57	75,14 <sub>a</sub>	29,00
Colina	28,12	19,57	28,87 <sub>a</sub>	21,98	27,30 <sub>a</sub>	18,74	29,10 <sub>a</sub>	18,69

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.34 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante (%).**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Proteínas	15,96	15,07 <sub>a</sub>	13,89 <sub>a</sub>	21,54 <sub>a</sub>
Tiamina	43,26	43,84 <sub>a</sub>	40,97 <sub>a</sub>	47,69 <sub>a</sub>
Riboflavina	25,53	23,29 <sub>a</sub>	29,17 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
Niacina	6,03	8,22 <sub>a</sub>	4,86 <sub>a</sub>	6,15 <sub>a</sub>
Piridoxina	41,13	31,51 <sub>a</sub>	44,44 <sub>a</sub>	44,62 <sub>a</sub>
Folatos	90,78	89,04 <sub>a</sub>	93,06 <sub>a</sub>	87,69 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	20,57	23,29 <sub>a</sub>	17,36 <sub>a</sub>	24,62 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	19,15	21,92 <sub>a</sub>	18,75 <sub>a</sub>	16,92 <sub>a</sub>
Vitamina A	46,81	53,42 <sub>a</sub>	43,75 <sub>a</sub>	46,15 <sub>a</sub>
Vitamina D	98,58	100,00	98,61 <sub>a</sub>	96,92 <sub>a</sub>
Vitamina E	71,63	73,97 <sub>a</sub>	69,44 <sub>a</sub>	73,85 <sub>a</sub>
Calcio	90,43	93,15 <sub>a</sub>	88,19 <sub>a</sub>	92,31 <sub>a</sub>
Hierro	95,39	95,89 <sub>a</sub>	95,14 <sub>a</sub>	95,38 <sub>a</sub>
Yodo	96,81	98,63 <sub>a</sub>	96,53 <sub>a</sub>	95,38 <sub>a</sub>
Zinc	86,88	86,30 <sub>a</sub>	85,42 <sub>a</sub>	90,77 <sub>a</sub>
Magnesio	85,82	89,04 <sub>a</sub>	86,81 <sub>a</sub>	80,00 <sub>a</sub>
Colina	100,00	100,00	100,00	100,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.35 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función de la edad de la gestante (%).**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Proteínas	3,19	4,11 <sub>a</sub>	1,39 <sub>a</sub>	6,15 <sub>a</sub>
Tiamina	17,02	20,55 <sub>a</sub>	15,28 <sub>a</sub>	16,92 <sub>a</sub>
Riboflavina	7,80	8,22 <sub>a</sub>	7,64 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
Niacina	1,06	1,37 <sub>a</sub>	0,00	3,08 <sub>a</sub>
Piridoxina	12,77	13,70 <sub>a</sub>	12,50 <sub>a</sub>	12,31 <sub>a</sub>
Folatos	75,89	76,71 <sub>a</sub>	76,39 <sub>a</sub>	73,85 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	9,57	9,59 <sub>a</sub>	7,64 <sub>a</sub>	13,85 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	8,87	10,96 <sub>a</sub>	6,94 <sub>a</sub>	10,77 <sub>a</sub>
Vitamina A	22,70	26,03 <sub>a</sub>	21,53 <sub>a</sub>	21,54 <sub>a</sub>
Vitamina D	95,74	98,63 <sub>a</sub>	95,14 <sub>a</sub>	93,85 <sub>a</sub>
Vitamina E	38,30	47,95 <sub>a</sub>	36,11 <sub>a</sub>	32,31 <sub>a</sub>
Calcio	57,09	64,38 <sub>a</sub>	54,86 <sub>a</sub>	53,85 <sub>a</sub>
Hierro	66,31	65,75 <sub>a</sub>	65,97 <sub>a</sub>	67,69 <sub>a</sub>
Yodo	79,79	80,82 <sub>a</sub>	79,86 <sub>a</sub>	78,46 <sub>a</sub>
Zinc	53,55	52,05 <sub>a</sub>	52,78 <sub>a</sub>	56,92 <sub>a</sub>
Magnesio	42,55	46,58 <sub>a</sub>	38,89 <sub>a</sub>	46,15 <sub>a</sub>
Colina	95,04	94,52 <sub>a</sub>	95,14 <sub>a</sub>	95,38 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.36 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Gr. Totales	1912,13 <sub>a</sub>	565,94	1817,96 <sub>a</sub>	540,54	1770,72 <sub>a</sub>	503,40	1661,76 <sub>a</sub>	415,12
Cereales	173,12 <sub>a</sub>	86,47	160,50 <sub>a</sub>	83,33	153,61 <sub>a</sub>	86,57	118,29 <sub>a</sub>	81,52
Legumbres	15,11 <sub>a</sub>	31,36	21,48 <sub>a</sub>	47,90	29,60 <sub>a</sub>	85,24	19,74 <sub>a</sub>	34,72
Verduras y Hortalizas	306,19 <sub>a</sub>	223,03	304,59 <sub>a</sub>	198,60	232,66 <sub>a</sub>	186,68	281,50 <sub>a</sub>	263,10
Frutas	392,58 <sub>a</sub>	276,48	412,77 <sub>a</sub>	275,55	489,70 <sub>a</sub>	341,17	397,00 <sub>a</sub>	275,87
Lácteos	489,02 <sub>a</sub>	225,32	403,29 <sub>b</sub>	195,94	364,83 <sub>b</sub>	193,89	378,21 <sub>a,b</sub>	230,44
Carnes	131,93 <sub>a</sub>	134,55	148,13 <sub>a</sub>	130,15	162,38 <sub>a</sub>	111,41	178,86 <sub>a</sub>	121,36
Pescados	85,45 <sub>a</sub>	147,64	61,05 <sub>a</sub>	91,40	46,82 <sub>a</sub>	84,45	26,86 <sub>a</sub>	72,47
Huevos	16,57 <sub>a</sub>	32,83	29,45 <sub>a</sub>	43,59	19,37 <sub>a</sub>	35,98	12,80 <sub>a</sub>	28,16
Azúcares	16,15 <sub>a</sub>	20,53	12,55 <sub>a</sub>	25,61	15,93 <sub>a</sub>	30,88	6,57 <sub>a</sub>	7,13
Aceites y Grasas	31,99 <sub>a</sub>	17,17	35,61 <sub>a</sub>	20,65	31,27 <sub>a</sub>	17,72	34,76 <sub>a</sub>	16,23
Bebidas	195,18 <sub>a</sub>	217,71	176,06 <sub>a</sub>	193,03	175,63 <sub>a</sub>	239,96	163,40 <sub>a</sub>	184,55
Precocinados	20,05 <sub>a</sub>	58,89	10,94 <sub>a</sub>	49,31	16,03 <sub>a</sub>	82,09	8,51 <sub>a</sub>	26,59
Aperitivos	6,80 <sub>a</sub>	25,19	5,85 <sub>a</sub>	23,38	1,61 <sub>a</sub>	7,41	,36 <sub>a</sub>	1,34
Salsas	31,99 <sub>a</sub>	17,17	35,61 <sub>a</sub>	20,65	31,27 <sub>a</sub>	17,72	34,76 <sub>a</sub>	16,23
Varios	0,01 <sub>a</sub>	0,07	0,06 <sub>a</sub>	0,75	0,00 <sub>a</sub>	0,01	0,15 <sub>a</sub>	0,53

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.37 Ingesta de energía. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Ingesta (Kcal/día)	2094,35 <sub>a</sub>	603,23	1994,58 <sub>a</sub>	580,63	1880,20 <sub>a</sub>	494,76	1689,14 <sub>a</sub>	585,27
Gasto teórico (Kcal/día)	2484,35 <sub>a</sub>	104,16	2536,24 <sub>b</sub>	103,00	2633,32 <sub>c</sub>	133,19	2793,84 <sub>d</sub>	204,14
Contr. Gasto Teórico (%)	84,63 <sub>a</sub>	24,16	78,99 <sub>a</sub>	23,09	72,25 <sub>a,b</sub>	18,54	59,68 <sub>b</sub>	19,31
Infravaloración (Kcal)	381,00 <sub>a</sub>	600,48	533,60 <sub>a</sub>	587,11	720,64 <sub>a,b</sub>	479,97	1120,51 <sub>b</sub>	519,49
% Infravaloración	15,37 <sub>a</sub>	24,16	21,01 <sub>a</sub>	23,09	27,75 <sub>a,b</sub>	18,54	40,32 <sub>b</sub>	19,31

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.38 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Perfil calórico								
Calorías aportadas (%)								
Proteínas	16,79 <sub>a</sub>	3,26	16,99 <sub>a</sub>	3,83	17,04 <sub>a</sub>	4,01	17,34 <sub>a</sub>	4,08
Lípidos	39,00 <sub>a</sub>	7,54	39,67 <sub>a</sub>	9,06	37,22 <sub>a</sub>	8,78	42,46 <sub>a</sub>	9,42
Carbohidratos	41,97 <sub>a</sub>	8,34	41,17 <sub>a</sub>	9,15	43,60 <sub>a</sub>	9,64	37,77 <sub>a</sub>	10,62
Alcohol	0,08 <sub>a</sub>	0,36	0,01 <sub>b</sub>	0,06	0,03 <sub>a,b</sub>	0,10	0,00 <sub>a,b</sub>	0,00
Azúcares sencillos	19,89 <sub>a</sub>	7,16	19,53 <sub>a</sub>	7,03	22,35 <sub>a</sub>	8,18	19,45 <sub>a</sub>	5,90
Perfil lipídico								
Calorías aportadas (%)								
AGS	13,51 <sub>a</sub>	3,90	13,01 <sub>a</sub>	4,21	12,33 <sub>a</sub>	3,69	13,92 <sub>a</sub>	3,83
AGM	17,46 <sub>a</sub>	5,23	18,10 <sub>a</sub>	5,58	16,60 <sub>a</sub>	5,22	19,30 <sub>a</sub>	6,74
AGP	4,67 <sub>a</sub>	1,96	5,10 <sub>a</sub>	2,38	5,03 <sub>a</sub>	2,26	5,71 <sub>a</sub>	2,44

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.39 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Proteínas (g/día)	83,42 <sub>a</sub>	16,99	83,49 <sub>a</sub>	17,92	84,50 <sub>a</sub>	18,44	82,40 <sub>a</sub>	17,28
Lípidos (g/día)	86,46 <sub>a</sub>	15,97	89,11 <sub>a</sub>	18,21	84,25 <sub>a</sub>	18,68	95,30 <sub>a</sub>	17,40
Hidratos de carbono (g/día)	208,40 <sub>a</sub>	38,57	202,56 <sub>a</sub>	42,97	212,95 <sub>a</sub>	45,80	189,67 <sub>a</sub>	46,51
Fibra (g/día)	20,77 <sub>a</sub>	6,94	21,08 <sub>a</sub>	7,85	19,91 <sub>a</sub>	7,40	20,97 <sub>a</sub>	6,69
Alcohol (g/día)	0,23 <sub>a</sub>	1,01	0,03 <sub>a</sub>	0,18	0,11 <sub>a</sub>	0,39	0,02 <sub>a</sub>	0,05
Colesterol (mg/día)	282,45 <sub>a</sub>	124,55	321,73 <sub>a</sub>	168,10	294,08 <sub>a</sub>	178,89	285,20 <sub>a</sub>	116,61
Tiamina (mg/día)	1,53 <sub>a</sub>	0,71	1,51 <sub>a</sub>	0,77	1,71 <sub>a</sub>	0,83	1,36 <sub>a</sub>	0,45
Riboflavina (mg/día)	1,98 <sub>a</sub>	0,63	2,01 <sub>a</sub>	0,77	2,11 <sub>a</sub>	0,56	1,91 <sub>a</sub>	0,63
Niacina (mg/día)	34,20 <sub>a</sub>	8,01	34,61 <sub>a</sub>	9,30	36,09 <sub>a</sub>	10,03	34,32 <sub>a</sub>	9,20
Piridoxina (mg/día)	2,18 <sub>a</sub>	0,79	2,23 <sub>a</sub>	0,76	2,31 <sub>a</sub>	1,09	2,28 <sub>a</sub>	0,60
Folatos (µg/día)	330,47 <sub>a</sub>	168,28	329,12 <sub>a</sub>	154,71	303,34 <sub>a</sub>	142,15	325,55 <sub>a</sub>	169,94
Cianocobalamina (µg/día)	4,59 <sub>a</sub>	3,72	6,86 <sub>a</sub>	15,08	4,97 <sub>a</sub>	3,15	4,92 <sub>a</sub>	1,85
Ácido ascórbico (mg/día)	168,83 <sub>a</sub>	96,84	170,82 <sub>a</sub>	91,73	172,90 <sub>a</sub>	104,43	143,63 <sub>a</sub>	94,35
Vitamina A (µg/día)	1110,80 <sub>a</sub>	873,05	1415,13 <sub>a</sub>	3715,30	913,88 <sub>a</sub>	506,61	1015,62 <sub>a</sub>	574,00
Vitamina D (µg/día)	2,73 <sub>a</sub>	4,11	3,05 <sub>a</sub>	3,36	2,56 <sub>a</sub>	2,29	1,60 <sub>a</sub>	0,96
Vitamina E (mg/día)	9,34 <sub>a</sub>	7,37	9,18 <sub>a</sub>	5,99	8,65 <sub>a</sub>	4,04	8,62 <sub>a</sub>	3,82
Calcio (mg/día)	1063,59 <sub>a</sub>	391,39	889,91 <sub>b</sub>	300,90	867,81 <sub>b</sub>	268,80	898,06 <sub>a,b</sub>	392,02
Hierro (mg/día)	14,21 <sub>a</sub>	4,85	14,64 <sub>a</sub>	4,87	14,86 <sub>a</sub>	5,75	14,97 <sub>a</sub>	6,06
Yodo (µg/día)	96,43 <sub>a</sub>	35,72	90,40 <sub>a</sub>	36,29	88,59 <sub>a</sub>	32,19	91,61 <sub>a</sub>	49,38
Zinc (mg/día)	9,55 <sub>a</sub>	2,71	10,61 <sub>a</sub>	3,67	10,25 <sub>a</sub>	2,70	11,60 <sub>a</sub>	4,22
Magnesio (mg/día)	309,70 <sub>a</sub>	88,88	288,31 <sub>a</sub>	76,39	287,67 <sub>a</sub>	66,57	305,47 <sub>a</sub>	102,75
Colina (mg/día)	111,76 <sub>a</sub>	80,22	152,04 <sub>b</sub>	101,52	132,00 <sub>a,b</sub>	70,83	122,39 <sub>a,b</sub>	68,58

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.40 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Proteínas	156,02 <sub>a</sub>	53,06	149,48 <sub>a</sub>	49,76	143,67 <sub>a</sub>	49,68	127,17 <sub>a</sub>	40,40
Tiamina	122,46 <sub>a</sub>	66,89	116,27 <sub>a</sub>	63,51	126,51 <sub>a</sub>	71,55	90,22 <sub>a</sub>	37,90
Riboflavina	136,81 <sub>a</sub>	55,65	134,60 <sub>a</sub>	55,72	135,33 <sub>a</sub>	47,98	113,29 <sub>a</sub>	46,03
Niacina	198,56 <sub>a</sub>	70,64	192,77 <sub>a</sub>	68,79	191,69 <sub>a</sub>	70,39	166,35 <sub>a</sub>	50,47
Piridoxina	119,07 <sub>a</sub>	49,95	117,51 <sub>a</sub>	45,22	117,14 <sub>a</sub>	64,62	107,52 <sub>a</sub>	34,71
Folatos	56,69 <sub>a</sub>	27,65	54,94 <sub>a</sub>	27,74	48,91 <sub>a</sub>	26,38	49,70 <sub>a</sub>	28,01
Cianocobalamina	192,80 <sub>a</sub>	152,16	264,73 <sub>a</sub>	589,29	174,36 <sub>a</sub>	105,99	143,27 <sub>a</sub>	87,72
Ácido Ascórbico	217,29 <sub>a</sub>	123,96	213,88 <sub>a</sub>	120,84	209,70 <sub>a</sub>	134,47	161,81 <sub>a</sub>	107,50
Vitamina A	148,27 <sub>a</sub>	101,22	177,42 <sub>a</sub>	469,42	104,57 <sub>a</sub>	67,03	100,27 <sub>a</sub>	54,37
Vitamina D	19,35 <sub>a</sub>	28,43	20,38 <sub>a</sub>	22,98	15,87 <sub>a</sub>	15,84	7,38 <sub>a</sub>	6,32
Vitamina E	98,35 <sub>a</sub>	77,08	92,09 <sub>a</sub>	66,62	81,38 <sub>a</sub>	38,54	72,21 <sub>a</sub>	32,81
Calcio	78,27 <sub>a</sub>	33,43	63,69 <sub>b</sub>	23,46	59,63 <sub>b</sub>	22,72	57,64 <sub>a,b</sub>	30,42
Hierro	59,15 <sub>a</sub>	22,96	58,70 <sub>a</sub>	22,71	57,08 <sub>a</sub>	28,44	53,34 <sub>a</sub>	28,06
Yodo	56,75 <sub>a</sub>	23,38	51,75 <sub>a</sub>	22,43	48,93 <sub>a</sub>	19,98	47,67 <sub>a</sub>	29,54
Zinc	67,22 <sub>a</sub>	27,56	70,94 <sub>a</sub>	31,68	64,67 <sub>a</sub>	25,30	67,29 <sub>a</sub>	35,31
Magnesio	80,06 <sub>a</sub>	24,96	72,22 <sub>a</sub>	24,24	69,22 <sub>a</sub>	21,80	68,91 <sub>a</sub>	30,33
Colina	23,31 <sub>a</sub>	17,14	30,46 <sub>a</sub>	20,97	25,41 <sub>a</sub>	14,82	21,75 <sub>a</sub>	15,22

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.41 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo (%).**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Proteínas	15,79 <sub>a</sub>	13,97 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Tiamina	38,60 <sub>a</sub>	43,02 <sub>a</sub>	46,67 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
Riboflavina	24,56 <sub>a</sub>	25,70 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Niacina	3,51 <sub>a</sub>	7,26 <sub>a</sub>	6,67 <sub>a</sub>	0,00
Piridoxina	43,86 <sub>a</sub>	37,99 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
Folatos	91,23 <sub>a</sub>	90,50 <sub>a</sub>	90,00 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	28,07 <sub>a</sub>	16,20 <sub>a</sub>	26,67 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	19,30 <sub>a</sub>	16,76 <sub>a</sub>	26,67 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Vitamina A	38,60 <sub>a</sub>	44,69 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
Vitamina D	98,25 <sub>a</sub>	98,32 <sub>a</sub>	100,00	100,00
Vitamina E	68,42 <sub>a</sub>	69,83 <sub>a</sub>	80,00 <sub>a</sub>	85,71 <sub>a</sub>
Calcio	73,68 <sub>a</sub>	94,97 <sub>b</sub>	93,33 <sub>a,b</sub>	92,86 <sub>a,b</sub>
Hierro	94,74 <sub>a</sub>	96,09 <sub>a</sub>	93,33 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
Yodo	92,98 <sub>a</sub>	98,32 <sub>a</sub>	96,67 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
Zinc	87,72 <sub>a</sub>	85,47 <sub>a</sub>	90,00 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
Magnesio	84,21 <sub>a</sub>	84,92 <sub>a</sub>	90,00 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
Colina	100,00	100,00	100,00	100,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.42 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del IMC previo al embarazo (%).**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Proteínas	1,75 <sub>a</sub>	2,79 <sub>a</sub>	6,67 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Tiamina	12,28 <sub>a</sub>	16,20 <sub>a,b</sub>	16,67 <sub>a,b</sub>	42,86 <sub>b</sub>
Riboflavina	8,77 <sub>a</sub>	8,38 <sub>a</sub>	0,00	14,29 <sub>a</sub>
Niacina	1,75 <sub>a</sub>	0,56 <sub>a</sub>	3,33 <sub>a</sub>	0,00
Piridoxina	15,79 <sub>a</sub>	11,73 <sub>a</sub>	13,33 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Folatos	75,44 <sub>a</sub>	75,98 <sub>a</sub>	80,00 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	12,28 <sub>a,b</sub>	7,26 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a,b</sub>	28,57 <sub>b</sub>
Ácido Ascórbico	10,53 <sub>a</sub>	7,26 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Vitamina A	19,30 <sub>a</sub>	20,67 <sub>a</sub>	33,33 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Vitamina D	92,98 <sub>a</sub>	95,53 <sub>a</sub>	100,00	100,00
Vitamina E	38,60 <sub>a</sub>	38,55 <sub>a</sub>	33,33 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
Calcio	43,86 <sub>a</sub>	58,66 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Hierro	64,91 <sub>a</sub>	64,80 <sub>a</sub>	73,33 <sub>a</sub>	71,43 <sub>a</sub>
Yodo	77,19 <sub>a</sub>	79,89 <sub>a</sub>	86,67 <sub>a</sub>	78,57 <sub>a</sub>
Zinc	50,88 <sub>a</sub>	51,40 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Magnesio	26,32 <sub>a</sub>	47,49 <sub>b</sub>	43,33 <sub>a,b</sub>	42,86 <sub>a,b</sub>
Colina	96,49 <sub>a</sub>	93,85 <sub>a</sub>	96,67 <sub>a</sub>	100,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.43 Consumo de alimentos. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Gr. Totales	1869,24 <sub>a</sub>	551,35	1703,49 <sub>b</sub>	479,46
Cereales	155,56 <sub>a</sub>	83,10	171,17 <sub>a</sub>	87,64
Legumbres	20,10 <sub>a</sub>	51,94	22,16 <sub>a</sub>	43,99
Verduras y Hortalizas	308,95 <sub>a</sub>	198,99	259,43 <sub>a</sub>	222,11
Frutas	436,42 <sub>a</sub>	279,59	361,71 <sub>b</sub>	287,92
Lácteos	437,16 <sub>a</sub>	204,87	355,02 <sub>b</sub>	195,52
Carnes	141,09 <sub>a</sub>	123,72	164,05 <sub>a</sub>	139,16
Pescados	74,41 <sub>a</sub>	113,65	38,03 <sub>b</sub>	75,02
Huevos	25,44 <sub>a</sub>	40,71	24,77 <sub>a</sub>	40,13
Azúcares	12,82 <sub>a</sub>	23,93	14,63 <sub>a</sub>	26,51
Aceites y Grasas	34,66 <sub>a</sub>	19,14	33,85 <sub>a</sub>	20,45
Bebidas	167,12 <sub>a</sub>	191,51	212,24 <sub>a</sub>	225,17
Precocinados	14,91 <sub>a</sub>	61,06	8,74 <sub>a</sub>	32,90
Aperitivos	5,87 <sub>a</sub>	22,37	3,82 <sub>a</sub>	21,05
Salsas	34,66 <sub>a</sub>	19,14	33,85 <sub>a</sub>	20,45
Varios	0,06 <sub>a</sub>	0,70	0,03 <sub>a</sub>	0,23

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.44 Ingesta de energía. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Ingesta (Kcal/día)	2001,09 <sub>a</sub>	589,59	1941,59 <sub>a</sub>	559,21
Gasto teórico (Kcal/día)	2559,67 <sub>a</sub>	129,20	2542,06 <sub>a</sub>	158,24
Contr. Gasto Teórico (%)	78,93 <sub>a</sub>	23,46	77,07 <sub>a</sub>	22,88
Infravaloración (Kcal)	538,62 <sub>a</sub>	598,50	590,74 <sub>a</sub>	591,32
% Infravaloración	21,07 <sub>a</sub>	23,46	22,93 <sub>a</sub>	22,88

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.45 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Perfil calórico				
Calorías aportadas (%)				
Proteínas	17,14 <sub>a</sub>	3,44	16,65 <sub>a</sub>	4,49
Lípidos	39,97 <sub>a</sub>	8,40	38,02 <sub>a</sub>	9,53
Hidratos de carbono	40,68 <sub>a</sub>	9,01	43,20 <sub>b</sub>	9,32
Alcohol	0,03 <sub>a</sub>	0,16	0,03 <sub>a</sub>	0,21
Azúcares sencillos	20,55 <sub>a</sub>	6,64	18,12 <sub>b</sub>	8,12
Perfil lipídico				
Calorías aportadas (%)				
AGS	13,35 <sub>a</sub>	4,02	12,39 <sub>a</sub>	4,09
AGM	18,22 <sub>a</sub>	5,49	17,09 <sub>a</sub>	5,63
AGP	4,96 <sub>a</sub>	1,92	5,20 <sub>a</sub>	3,03

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.46 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Proteínas (g/día)	84,59 <sub>a</sub>	16,88	81,11 <sub>a</sub>	19,67
Lípidos (g/día)	89,34 <sub>a</sub>	17,60	85,99 <sub>a</sub>	18,27
Hidratos de carbono (g/día)	200,80 <sub>a</sub>	42,85	212,44 <sub>b</sub>	41,31
Fibra (g/día)	21,13 <sub>a</sub>	7,44	20,06 <sub>a</sub>	7,89
Alcohol (g/día)	0,09 <sub>a</sub>	0,52	0,06 <sub>a</sub>	0,44
Colesterol (mg/día)	312,98 <sub>a</sub>	160,36	303,56 <sub>a</sub>	159,46
Tiamina (mg/día)	1,57 <sub>a</sub>	0,78	1,41 <sub>a</sub>	0,66
Riboflavina (mg/día)	2,04 <sub>a</sub>	0,68	1,93 <sub>a</sub>	0,78
Niacina (mg/día)	34,59 <sub>a</sub>	8,41	34,79 <sub>a</sub>	10,62
Piridoxina (mg/día)	2,21 <sub>a</sub>	0,77	2,25 <sub>a</sub>	0,88
Folatos (µg/día)	332,81 <sub>a</sub>	158,15	305,69 <sub>a</sub>	150,28
Cianobobalamina (µg/día)	6,07 <sub>a</sub>	10,57	6,26 <sub>a</sub>	15,79
Ácido ascórbico (mg/día)	174,38 <sub>a</sub>	91,63	154,76 <sub>a</sub>	99,59
Vitamina A (µg/día)	1207,73 <sub>a</sub>	2494,74	1442,20 <sub>a</sub>	4032,08
Vitamina D (µg/día)	3,14 <sub>a</sub>	3,72	2,11 <sub>b</sub>	2,01
Vitamina E (mg/día)	9,17 <sub>a</sub>	5,49	9,02 <sub>a</sub>	7,20
Calcio (mg/día)	969,62 <sub>a</sub>	303,15	796,79 <sub>b</sub>	356,06
Hierro (mg/día)	14,72 <sub>a</sub>	5,00	14,10 <sub>a</sub>	4,96
Yodo (µg/día)	95,33 <sub>a</sub>	38,88	81,99 <sub>b</sub>	27,35
Zinc (mg/día)	10,57 <sub>a</sub>	3,63	9,98 <sub>a</sub>	2,88
Magnesio (mg/día)	302,82 <sub>a</sub>	81,14	269,04 <sub>b</sub>	70,18
Colina (mg/día)	141,80 <sub>a</sub>	95,05	139,04 <sub>a</sub>	92,99

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.47 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Proteínas	151,88 <sub>a</sub>	51,05	141,70 <sub>a</sub>	47,02
Tiamina	121,33 <sub>a</sub>	66,46	106,46 <sub>a</sub>	57,29
Riboflavina	136,37 <sub>a</sub>	53,01	126,46 <sub>a</sub>	56,85
Niacina	193,18 <sub>a</sub>	67,82	189,45 <sub>a</sub>	70,09
Piridoxina	117,04 <sub>a</sub>	47,63	116,31 <sub>a</sub>	49,08
Folatos	55,66 <sub>a</sub>	28,35	50,23 <sub>a</sub>	25,06
Cianocobalamina	235,42 <sub>a</sub>	418,15	233,66 <sub>a</sub>	608,44
Ácido Ascórbico	218,71 <sub>a</sub>	120,21	190,66 <sub>a</sub>	127,19
Vitamina A	152,07 <sub>a</sub>	316,45	176,08 <sub>a</sub>	506,80
Vitamina D	21,06 <sub>a</sub>	25,63	13,57 <sub>b</sub>	13,67
Vitamina E	92,32 <sub>a</sub>	60,44	87,97 <sub>a</sub>	76,61
Calcio	69,53 <sub>a</sub>	24,89	55,89 <sub>b</sub>	28,51
Hierro	59,15 <sub>a</sub>	24,09	55,36 <sub>a</sub>	22,10
Yodo	54,67 <sub>a</sub>	24,17	46,11 <sub>b</sub>	17,56
Zinc	70,91 <sub>a</sub>	32,35	64,97 <sub>a</sub>	23,96
Magnesio	76,01 <sub>a</sub>	25,60	66,09 <sub>b</sub>	20,12
Colina	28,47 <sub>a</sub>	19,60	27,38 <sub>a</sub>	19,66

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.48 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante (%).**

	Española	Extranjera
Proteínas	13,86 <sub>a</sub>	21,52 <sub>a</sub>
Tiamina	39,60 <sub>a</sub>	53,16 <sub>b</sub>
Riboflavina	22,77 <sub>a</sub>	32,91 <sub>a</sub>
Niacina	5,94 <sub>a</sub>	6,33 <sub>a</sub>
Piridoxina	39,60 <sub>a</sub>	45,57 <sub>a</sub>
Folatos	89,60 <sub>a</sub>	93,67 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	19,31 <sub>a</sub>	24,05 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	17,33 <sub>a</sub>	24,05 <sub>a</sub>
Vitamina A	42,08 <sub>a</sub>	59,49 <sub>b</sub>
Vitamina D	98,02 <sub>a</sub>	100,00
Vitamina E	70,30 <sub>a</sub>	74,68 <sub>a</sub>
Calcio	88,12 <sub>a</sub>	97,47 <sub>b</sub>
Hierro	94,06 <sub>a</sub>	98,73 <sub>a</sub>
Yodo	95,54 <sub>a</sub>	100,00
Zinc	85,15 <sub>a</sub>	91,14 <sub>a</sub>
Magnesio	82,18 <sub>a</sub>	94,94 <sub>b</sub>
Colina	100,00	100,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.49 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del país de origen de la gestante (%).**

	Española	Extranjera
Proteínas	2,48 <sub>a</sub>	5,06 <sub>a</sub>
Tiamina	14,85 <sub>a</sub>	22,78 <sub>a</sub>
Riboflavina	7,43 <sub>a</sub>	8,86 <sub>a</sub>
Niacina	1,49 <sub>a</sub>	0,00
Piridoxina	12,38 <sub>a</sub>	13,92 <sub>a</sub>
Folatos	76,24 <sub>a</sub>	75,95 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	8,91 <sub>a</sub>	11,39 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	7,92 <sub>a</sub>	11,39 <sub>a</sub>
Vitamina A	18,81 <sub>a</sub>	32,91 <sub>b</sub>
Vitamina D	94,55 <sub>a</sub>	98,73 <sub>a</sub>
Vitamina E	35,64 <sub>a</sub>	45,57 <sub>a</sub>
Calcio	50,99 <sub>a</sub>	73,42 <sub>b</sub>
Hierro	65,35 <sub>a</sub>	69,62 <sub>a</sub>
Yodo	76,73 <sub>a</sub>	87,34 <sub>b</sub>
Zinc	51,49 <sub>a</sub>	59,49 <sub>a</sub>
Magnesio	40,10 <sub>a</sub>	49,37 <sub>a</sub>
Colina	94,55 <sub>a</sub>	96,20 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.50 Consumo de alimentos (g/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Gr. Totales	1760,61 <sub>a</sub>	511,96	1881,09 <sub>a</sub>	549,96
Cereales	150,03 <sub>a</sub>	87,96	166,68 <sub>a</sub>	77,04
Legumbres	19,93 <sub>a</sub>	36,60	22,30 <sub>a</sub>	58,72
Verduras y Hortalizas	272,37 <sub>a</sub>	191,82	317,75 <sub>a</sub>	214,34
Frutas	389,60 <sub>a</sub>	291,66	437,85 <sub>a</sub>	275,06
Lácteos	408,85 <sub>a</sub>	210,67	418,79 <sub>a</sub>	204,03
Carnes	157,06 <sub>a</sub>	130,94	139,35 <sub>a</sub>	125,48
Pescados	47,09 <sub>a</sub>	80,28	78,07 <sub>b</sub>	121,02
Huevos	20,04 <sub>a</sub>	32,85	28,21 <sub>a</sub>	45,01
Azúcares	14,55 <sub>a</sub>	29,16	12,60 <sub>a</sub>	21,11
Aceites y Grasas	33,71 <sub>a</sub>	19,35	35,52 <sub>a</sub>	19,58
Bebidas	191,47 <sub>a</sub>	218,79	172,03 <sub>a</sub>	191,27
Precocinados	17,52 <sub>a</sub>	63,81	10,45 <sub>a</sub>	47,87
Aperitivos	4,59 <sub>a</sub>	20,09	5,94 <sub>a</sub>	23,78
Salsas	33,71 <sub>a</sub>	19,35	35,52 <sub>a</sub>	19,58
Varios	0,10 <sub>a</sub>	0,94	0,01 <sub>a</sub>	0,07

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.51 Ingesta de energía. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Ingesta (Kcal/día)	1941,55 <sub>a</sub>	597,05	2029,44 <sub>a</sub>	559,08
Gasto teórico (Kcal/día)	2559,19 <sub>a</sub>	146,74	2550,85 <sub>a</sub>	129,59
Contr. Gasto Teórico (%)	76,51 <sub>a</sub>	23,59	80,25 <sub>a</sub>	22,67
Infravaloración (Kcal)	600,09 <sub>a</sub>	602,90	507,94 <sub>a</sub>	582,27
% Infravaloración	23,49 <sub>a</sub>	23,59	19,75 <sub>a</sub>	22,67

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.52 Perfil calórico y lipídico de la dieta. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Perfil calórico				
Calorías aportadas (%)				
Proteínas	16,86 <sub>a</sub>	4,06	16,99 <sub>a</sub>	3,48
Lípidos	39,75 <sub>a</sub>	8,89	39,13 <sub>a</sub>	8,77
Hidratos de carbono	41,22 <sub>a</sub>	9,09	41,66 <sub>a</sub>	9,28
Alcohol	0,01 <sub>a</sub>	0,06	0,04 <sub>a</sub>	0,22
Azúcares sencillos	19,81 <sub>a</sub>	7,58	20,11 <sub>a</sub>	6,75
Perfil lipídico				
Calorías aportadas (%)				
AGS	13,13 <sub>a</sub>	3,97	12,89 <sub>a</sub>	4,03
AGM	18,12 <sub>a</sub>	5,56	17,78 <sub>a</sub>	5,64
AGP	5,19 <sub>a</sub>	2,64	4,98 <sub>a</sub>	2,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.53 Ingesta de nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Proteínas (g/día)	82,64 <sub>a</sub>	18,47	83,92 <sub>a</sub>	17,21
Lípidos (g/día)	89,58 <sub>a</sub>	18,79	87,49 <sub>a</sub>	17,07
Hidratos de carbono (g/día)	202,69 <sub>a</sub>	43,81	205,49 <sub>a</sub>	42,20
Fibra (g/día)	20,35 <sub>a</sub>	8,09	21,35 <sub>a</sub>	6,99
Alcohol (g/día)	0,04 <sub>a</sub>	0,24	0,11 <sub>a</sub>	0,63
Colesterol (mg/día)	296,27 <sub>a</sub>	135,83	315,84 <sub>a</sub>	175,38
Tiamina (mg/día)	1,49 <sub>a</sub>	0,78	1,57 <sub>a</sub>	0,73
Riboflavina (mg/día)	1,94 <sub>a</sub>	0,72	2,06 <sub>a</sub>	0,71
Niacina (mg/día)	33,49 <sub>a</sub>	9,07	35,40 <sub>a</sub>	8,90
Piridoxina (mg/día)	2,21 <sub>a</sub>	0,73	2,25 <sub>a</sub>	0,84
Folatos (µg/día)	307,65 <sub>a</sub>	147,98	342,09 <sub>a</sub>	163,48
Cianocobalamina (µg/día)	5,93 <sub>a</sub>	13,15	6,19 <sub>a</sub>	11,79
Ácido ascórbico (mg/día)	159,51 <sub>a</sub>	95,79	178,46 <sub>a</sub>	91,92
Vitamina A (µg/día)	1214,63 <sub>a</sub>	3242,28	1332,14 <sub>a</sub>	2882,99
Vitamina D (µg/día)	2,58 <sub>a</sub>	2,87	3,08 <sub>a</sub>	3,74
Vitamina E (mg/día)	8,94 <sub>a</sub>	6,64	9,42 <sub>a</sub>	5,58
Calcio (mg/día)	881,62 <sub>a</sub>	316,54	946,87 <sub>a</sub>	334,48
Hierro (mg/día)	14,08 <sub>a</sub>	4,66	15,02 <sub>a</sub>	5,29
Yodo (µg/día)	84,92 <sub>a</sub>	27,92	96,18 <sub>b</sub>	41,63
Zinc (mg/día)	10,26 <sub>a</sub>	3,23	10,42 <sub>a</sub>	3,60
Magnesio (mg/día)	275,49 <sub>a</sub>	72,70	308,18 <sub>b</sub>	82,87
Colina (mg/día)	131,48 <sub>a</sub>	80,46	146,70 <sub>a</sub>	102,73

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.54 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Proteínas	144,43 <sub>a</sub>	50,87	152,57 <sub>a</sub>	48,99
Tiamina	112,17 <sub>a</sub>	70,19	123,04 <sub>a</sub>	60,06
Riboflavina	127,15 <sub>a</sub>	55,50	139,27 <sub>a</sub>	54,28
Niacina	182,26 <sub>a</sub>	70,01	200,00 <sub>b</sub>	65,74
Piridoxina	114,43 <sub>a</sub>	46,92	120,34 <sub>a</sub>	48,83
Folatos	50,56 <sub>a</sub>	25,33	57,64 <sub>b</sub>	29,07
Cianocobalamina	220,70 <sub>a</sub>	506,00	244,19 <sub>a</sub>	465,73
Ácido Ascórbico	196,60 <sub>a</sub>	120,91	225,49 <sub>a</sub>	121,62
Vitamina A	147,63 <sub>a</sub>	403,58	170,15 <sub>a</sub>	368,61
Vitamina D	16,66 <sub>a</sub>	20,38	20,97 <sub>a</sub>	25,26
Vitamina E	87,15 <sub>a</sub>	68,37	96,11 <sub>a</sub>	63,44
Calcio	61,95 <sub>a</sub>	24,60	68,52 <sub>b</sub>	27,78
Hierro	55,28 <sub>a</sub>	22,12	60,97 <sub>b</sub>	24,47
Yodo	47,79 <sub>a</sub>	18,23	55,60 <sub>b</sub>	25,48
Zinc	66,81 <sub>a</sub>	28,84	70,83 <sub>a</sub>	31,41
Magnesio	67,70 <sub>a</sub>	21,50	78,06 <sub>b</sub>	25,84
Colina	25,87 <sub>a</sub>	17,41	29,71 <sub>a</sub>	20,96

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.55 Porcentaje de gestantes que no cubren el 100% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante (%).**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Proteínas	20,34 <sub>a</sub>	12,82 <sub>a</sub>
Tiamina	47,46 <sub>a</sub>	38,46 <sub>a</sub>
Riboflavina	31,36 <sub>a</sub>	22,44 <sub>a</sub>
Niacina	9,32 <sub>a</sub>	3,21 <sub>b</sub>
Piridoxina	44,92 <sub>a</sub>	37,82 <sub>a</sub>
Folatos	91,53 <sub>a</sub>	89,74 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	27,12 <sub>a</sub>	16,67 <sub>b</sub>
Ácido Ascórbico	20,34 <sub>a</sub>	16,03 <sub>a</sub>
Vitamina A	55,08 <sub>a</sub>	41,03 <sub>b</sub>
Vitamina D	99,15 <sub>a</sub>	98,08 <sub>a</sub>
Vitamina E	75,42 <sub>a</sub>	67,31 <sub>a</sub>
Calcio	94,07 <sub>a</sub>	87,82 <sub>a</sub>
Hierro	97,46 <sub>a</sub>	93,59 <sub>a</sub>
Yodo	98,31 <sub>a</sub>	95,51 <sub>a</sub>
Zinc	86,44 <sub>a</sub>	87,18 <sub>a</sub>
Magnesio	92,37 <sub>a</sub>	80,77 <sub>b</sub>
Colina	100,00	100,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.56 Porcentaje de gestantes que no cubren el 66,6% de las IR en relación con los diferentes nutrientes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante (%).**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Proteínas	4,24 <sub>a</sub>	2,56 <sub>a</sub>
Tiamina	22,88 <sub>a</sub>	11,54 <sub>b</sub>
Riboflavina	11,86 <sub>a</sub>	5,13 <sub>b</sub>
Niacina	1,69 <sub>a</sub>	0,64 <sub>a</sub>
Piridoxina	14,41 <sub>a</sub>	10,26 <sub>a</sub>
Folatos	78,81 <sub>a</sub>	73,08 <sub>a</sub>
Cianocobalamina	12,71 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
Ácido Ascórbico	9,32 <sub>a</sub>	7,05 <sub>a</sub>
Vitamina A	29,66 <sub>a</sub>	17,31 <sub>b</sub>
Vitamina D	94,92 <sub>a</sub>	96,15 <sub>a</sub>
Vitamina E	40,68 <sub>a</sub>	33,97 <sub>a</sub>
Calcio	62,71 <sub>a</sub>	52,56 <sub>a</sub>
Hierro	71,19 <sub>a</sub>	61,54 <sub>a</sub>
Yodo	87,29 <sub>a</sub>	74,36 <sub>b</sub>
Zinc	56,78 <sub>a</sub>	51,92 <sub>a</sub>
Magnesio	50,85 <sub>a</sub>	35,90 <sub>b</sub>
Colina	98,31 <sub>a</sub>	92,31 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.57 Frecuencia de consumo de alimentos de las gestantes (raciones/día). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	2,60	1,18	2,38 <sub>a</sub>	1,17	2,67 <sub>a</sub>	1,16	2,73 <sub>a</sub>	1,22
Verduras y hortalizas	1,43	0,86	1,29 <sub>a</sub>	0,91	1,44 <sub>a,b</sub>	0,86	1,58 <sub>b</sub>	0,77
Frutas	2,00	1,11	1,73 <sub>a</sub>	1,14	2,05 <sub>b</sub>	1,08	2,23 <sub>b</sub>	1,08
Lácteos	3,42	1,45	3,06 <sub>a</sub>	1,33	3,55 <sub>b</sub>	1,49	3,59 <sub>b</sub>	1,43
Carnes, pescados y huevos	1,21	0,58	1,25 <sub>a</sub>	0,63	1,16 <sub>a</sub>	0,52	1,28 <sub>a</sub>	0,63
Grasas y dulces	1,58	1,12	1,61 <sub>a</sub>	1,18	1,56 <sub>a</sub>	1,10	1,56 <sub>a</sub>	1,08
Bebidas no alcohólicas	8,78	3,27	8,65 <sub>a</sub>	3,17	8,86 <sub>a</sub>	3,37	8,78 <sub>a</sub>	3,18
Bebidas (con alcohol)	0,01	0,07	0,01 <sub>a</sub>	0,06	0,01 <sub>a</sub>	0,05	0,02 <sub>a</sub>	0,11

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.58 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	-4,40	1,18	-4,62 <sub>a</sub>	1,17	-4,33 <sub>a</sub>	1,16	-4,27 <sub>a</sub>	1,22
Verduras y hortalizas	-2,57	0,86	-2,71 <sub>a</sub>	0,91	-2,56 <sub>a,b</sub>	0,86	-2,42 <sub>b</sub>	0,77
Frutas	-1,00	1,11	-1,27 <sub>a</sub>	1,14	-0,95 <sub>b</sub>	1,08	-0,77 <sub>b</sub>	1,08
Lácteos	0,42	1,45	0,06 <sub>a</sub>	1,33	0,55 <sub>b</sub>	1,49	0,59 <sub>b</sub>	1,43
Carnes, pescados y huevos	-0,79	0,58	-0,75 <sub>a</sub>	0,63	-0,84 <sub>a</sub>	0,52	-0,72 <sub>a</sub>	0,63
Grasas y dulces	Moderación	Moderación						
Bebidas no alcohólicas	0,78	3,27	0,65 <sub>a</sub>	3,17	0,86 <sub>a</sub>	3,37	0,78 <sub>a</sub>	3,18
Bebidas (con alcohol)	Moderación							

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.59 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
		%	%	%	%
Cereales, legumbres y frutos secos	Cumple	0,48	0,85 <sub>a</sub>	0,48 <sub>a</sub>	0,00
	No cumple	99,52	99,15 <sub>a</sub>	99,52 <sub>a</sub>	100,00
Verduras y hortalizas	Cumple	2,42	2,52 <sub>a</sub>	2,88 <sub>a</sub>	1,15 <sub>a</sub>
	No cumple	97,58	97,48 <sub>a</sub>	97,12 <sub>a</sub>	98,85 <sub>a</sub>
Frutas	Cumple	26,02	18,49 <sub>a</sub>	28,71 <sub>a</sub>	29,89 <sub>a</sub>
	No cumple	73,98	81,51 <sub>a</sub>	71,29 <sub>a</sub>	70,11 <sub>a</sub>
Lácteos	Cumple	64,58	53,78 <sub>a</sub>	68,90 <sub>b</sub>	68,97 <sub>a,b</sub>
	No cumple	35,42	46,22 <sub>a</sub>	31,10 <sub>b</sub>	31,03 <sub>a,b</sub>
Carnes, pescados y huevos	Inferior a recomendado	90,84	89,08 <sub>a</sub>	92,34 <sub>a</sub>	89,66 <sub>a</sub>
	Superior a recomendado	1,20	0,84 <sub>a</sub>	0,48 <sub>a</sub>	3,45 <sub>a</sub>
	Cumple	7,95	10,08 <sub>a</sub>	7,18 <sub>a</sub>	6,90 <sub>a</sub>
Bebidas no alcohólicas	Cumple	55,90	53,78 <sub>a</sub>	56,46 <sub>a</sub>	57,47 <sub>a</sub>
	No cumple	44,10	46,22 <sub>a</sub>	43,54 <sub>a</sub>	42,53 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.60 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	2,80 <sub>a</sub>	1,34	2,61 <sub>a</sub>	1,09	2,62 <sub>a,b</sub>	1,37	1,97 <sub>b</sub>	1,14
Verduras y hortalizas	1,52 <sub>a</sub>	0,98	1,37 <sub>a</sub>	0,80	1,64 <sub>a</sub>	1,05	1,36 <sub>a</sub>	0,80
Frutas	2,01 <sub>a</sub>	1,13	1,99 <sub>a</sub>	1,10	2,21 <sub>a</sub>	1,19	1,65 <sub>a</sub>	1,01
Lácteos	3,69 <sub>a</sub>	1,55	3,37 <sub>a</sub>	1,39	3,49 <sub>a</sub>	1,53	2,88 <sub>a</sub>	1,49
Carnes, pescados y huevos	1,19 <sub>a</sub>	0,66	1,20 <sub>a</sub>	0,51	1,33 <sub>a</sub>	0,75	1,10 <sub>a</sub>	0,62
Grasas y dulces	1,57 <sub>a</sub>	1,13	1,61 <sub>a</sub>	1,09	1,46 <sub>a</sub>	1,17	1,49 <sub>a</sub>	1,31
Bebidas no alcohólicas	8,87 <sub>a</sub>	3,48	8,80 <sub>a</sub>	3,07	8,29 <sub>a</sub>	3,92	8,84 <sub>a</sub>	3,61
Bebidas (con alcohol)	0,02 <sub>a</sub>	0,06	0,02 <sub>a</sub>	0,08	0,00 <sub>a</sub>	0,01	0,01 <sub>a</sub>	0,03

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.61 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	-4,20 <sub>a</sub>	1,34	-4,39 <sub>a</sub>	1,09	-4,38 <sub>a,b</sub>	1,37	-5,03 <sub>b</sub>	1,14
Verduras y hortalizas	-2,48 <sub>a</sub>	0,98	-2,63 <sub>a</sub>	0,80	-2,36 <sub>a</sub>	1,05	-2,64 <sub>a</sub>	0,80
Frutas	-0,99 <sub>a</sub>	1,13	-1,01 <sub>a</sub>	1,10	-0,79 <sub>a</sub>	1,19	-1,35 <sub>a</sub>	1,01
Lácteos	0,69 <sub>a</sub>	1,55	0,37 <sub>a</sub>	1,39	0,49 <sub>a</sub>	1,53	-0,12 <sub>a</sub>	1,49
Carnes, pescados y huevos	-0,81 <sub>a</sub>	0,66	-0,80 <sub>a</sub>	0,51	-0,67 <sub>a</sub>	0,75	-0,90 <sub>a</sub>	0,62
Grasas y dulces	Moderación							
Bebidas no alcohólicas	0,87 <sub>a</sub>	3,48	0,80 <sub>a</sub>	3,07	0,29 <sub>a</sub>	3,92	0,84 <sub>a</sub>	3,61
Bebidas (con alcohol)	Moderación							

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.62 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Cereales, legumbres y frutos secos	Cumple	1,33 <sub>a</sub>	0,00	2,33 <sub>a</sub>	0,00
	No cumple	98,67 <sub>a</sub>	100,00	97,67 <sub>a</sub>	100,00
Verduras y hortalizas	Cumple	5,41 <sub>a,b</sub>	1,13 <sub>a</sub>	6,82 <sub>b</sub>	0,00
	No cumple	94,59 <sub>a,b</sub>	98,87 <sub>a</sub>	93,18 <sub>b</sub>	100,00
Frutas	Cumple	24,00 <sub>a</sub>	25,28 <sub>a</sub>	34,09 <sub>a</sub>	25,93 <sub>a</sub>
	No cumple	76,00 <sub>a</sub>	74,72 <sub>a</sub>	65,91 <sub>a</sub>	74,07 <sub>a</sub>
Lácteos	Cumple	68,00 <sub>a</sub>	64,91 <sub>a</sub>	65,91 <sub>a</sub>	48,15 <sub>a</sub>
	No cumple	32,00 <sub>a</sub>	35,09 <sub>a</sub>	34,09 <sub>a</sub>	51,85 <sub>a</sub>
Carnes, pescados y huevos	Inferior a recomendado	92,00 <sub>a</sub>	91,32 <sub>a</sub>	88,64 <sub>a</sub>	88,89 <sub>a</sub>
	Superior a recomendado	1,33 <sub>a</sub>	,38 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
	Cumple	6,67 <sub>a</sub>	8,30 <sub>a</sub>	6,82 <sub>a</sub>	7,41 <sub>a</sub>
Bebidas no alcohólicas	Cumple	53,33 <sub>a</sub>	56,98 <sub>a</sub>	47,73 <sub>a</sub>	59,26 <sub>a</sub>
	No cumple	46,67 <sub>a</sub>	43,02 <sub>a</sub>	52,27 <sub>a</sub>	40,74 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.63 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	2,63 <sub>a</sub>	1,11	2,54 <sub>a</sub>	1,37
Verduras y hortalizas	1,40 <sub>a</sub>	0,84	1,51 <sub>a</sub>	0,91
Frutas	2,06 <sub>a</sub>	1,12	1,78 <sub>b</sub>	1,07
Lácteos	3,60 <sub>a</sub>	1,40	2,86 <sub>b</sub>	1,46
Carnes, pescados y huevos	1,19 <sub>a</sub>	0,52	1,27 <sub>a</sub>	0,71
Grasas y dulces	1,61 <sub>a</sub>	1,12	1,49 <sub>a</sub>	1,12
Bebidas no alcohólicas	9,09 <sub>a</sub>	3,32	7,76 <sub>b</sub>	2,85
Bebidas (con alcohol)	0,02 <sub>a</sub>	0,08	0,01 <sub>a</sub>	0,03

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.64 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	-4,37 <sub>a</sub>	1,11	-4,46 <sub>a</sub>	1,37
Verduras y hortalizas	-2,60 <sub>a</sub>	0,84	-2,49 <sub>a</sub>	0,91
Frutas	-0,94 <sub>a</sub>	1,12	-1,22 <sub>b</sub>	1,07
Lácteos	0,60 <sub>a</sub>	1,40	-0,14 <sub>b</sub>	1,46
Carnes, pescados y huevos	-0,81 <sub>a</sub>	0,52	-0,73 <sub>a</sub>	0,71
Grasas y dulces	Moderación			
Bebidas no alcohólicas	1,09 <sub>a</sub>	3,32	-0,24 <sub>b</sub>	2,85
Bebidas (con alcohol)	Moderación			

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.65 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Cereales, legumbres y frutos secos	Cumple	1,36 <sub>a</sub>	1,10 <sub>a</sub>
	No cumple	98,64 <sub>a</sub>	98,90 <sub>a</sub>
Verduras y hortalizas	Cumple	10,85 <sub>a</sub>	9,89 <sub>a</sub>
	No cumple	89,15 <sub>a</sub>	90,11 <sub>a</sub>
Frutas	Cumple	57,97 <sub>a</sub>	38,46 <sub>b</sub>
	No cumple	42,03 <sub>a</sub>	61,54 <sub>b</sub>
Lácteos	Cumple	81,36 <sub>a</sub>	54,95 <sub>b</sub>
	No cumple	18,64 <sub>a</sub>	45,05 <sub>b</sub>
Carne, pescados y huevos	Inferior a recomendado	98,98 <sub>a</sub>	96,70 <sub>a</sub>
	Superior a recomendado	1,02 <sub>a</sub>	1,10 <sub>a</sub>
	Cumple	0,00	2,20 <sub>a</sub>
Bebidas no alcohólicas	Cumple	80,82 <sub>a</sub>	61,11 <sub>b</sub>
	No cumple	19,18 <sub>a</sub>	38,89 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.66 Frecuencia de consumo de alimentos de la gestante (raciones/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	2,43 <sub>a</sub>	1,17	2,75 <sub>b</sub>	1,16
Verduras y hortalizas	1,31 <sub>a</sub>	0,86	1,54 <sub>b</sub>	0,85
Frutas	1,84 <sub>a</sub>	1,06	2,13 <sub>b</sub>	1,10
Lácteos	3,37 <sub>a</sub>	1,55	3,43 <sub>a</sub>	1,37
Carnes, pescados y huevos	1,20 <sub>a</sub>	0,60	1,21 <sub>a</sub>	0,55
Grasas y dulces	1,46 <sub>a</sub>	1,18	1,71 <sub>b</sub>	1,04
Bebidas no alcohólicas	8,90 <sub>a</sub>	3,24	8,72 <sub>a</sub>	3,32
Bebidas (con alcohol)	0,01 <sub>a</sub>	0,09	0,02 <sub>a</sub>	0,05

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.67 Discrepancia entre la frecuencia de consumo declarado de alimentos de las gestantes (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Cereales , legumbres y frutos secos	-4,57 <sub>a</sub>	1,17	-4,25 <sub>b</sub>	1,16
Verduras y hortalizas	-2,69 <sub>a</sub>	0,86	-2,46 <sub>b</sub>	0,85
Frutas	-1,16 <sub>a</sub>	1,06	-0,87 <sub>b</sub>	1,10
Lácteos	0,37 <sub>a</sub>	1,55	0,43 <sub>a</sub>	1,37
Carnes, pescados y huevos	-0,80 <sub>a</sub>	0,60	-0,79 <sub>a</sub>	0,55
Grasas y dulces	Moderación			
Bebidas no alcohólicas	0,90 <sub>a</sub>	3,24	0,72 <sub>a</sub>	3,32
Bebidas (con alcohol)	Moderación			

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.68 Porcentaje de gestantes que cumple con la ingesta recomendada de raciones diarias de alimentos (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Cereales, legumbres y frutos secos	Cumple	0,51 <sub>a</sub>	0,00
	No cumple	99,49 <sub>a</sub>	100,00
Verduras y hortalizas	Cumple	1,53 <sub>a</sub>	3,47 <sub>a</sub>
	No cumple	98,47 <sub>a</sub>	96,53 <sub>a</sub>
Frutas	Cumple	21,83 <sub>a</sub>	29,21 <sub>a</sub>
	No cumple	78,17 <sub>a</sub>	70,79 <sub>a</sub>
Lácteos	Cumple	62,44 <sub>a</sub>	65,35 <sub>a</sub>
	No cumple	37,56 <sub>a</sub>	34,65 <sub>a</sub>
Carnes, pescados y huevos	Inferior a recomendado	91,37 <sub>a</sub>	91,09 <sub>a</sub>
	Superior a recomendado	1,02 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>
	Cumple	7,61 <sub>a</sub>	7,43 <sub>a</sub>
Bebidas no alcohólicas	Cumple	58,38 <sub>a</sub>	54,95 <sub>a</sub>
	No cumple	41,62 <sub>a</sub>	45,05 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.69 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Siente más apetito ahora	64,04	67,46 <sub>a</sub>	65,73 <sub>a</sub>	55,43 <sub>a</sub>
Gusta más alimentos comidas	53,36	60,32 <sub>a</sub>	51,64 <sub>a</sub>	47,83 <sub>a</sub>
Fruta	10,19	11,81 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Verdura	6,48	8,66 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Bollos, dulces	13,89	14,96 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Legumbres	2,78	3,15 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	2,20 <sub>a</sub>
Arroz	2,08	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Encurtidos	3,70	3,15 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Lácteos	2,55	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Naranja	1,85	2,36 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Ensalada	1,62	3,15 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Helado	1,39	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pan	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Precocinados	0,69	1,57 <sub>a</sub>	,47 <sub>a</sub>	0,00
Queso	1,85	2,36 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pescado	3,47	6,30 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Fresas	2,31	3,15 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Carne	2,55	0,79 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Tomate	2,31	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Chocolate	2,31	0,79 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Yogur	1,39	2,36 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pasta	1,85	0,79 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Sopa	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Sandía	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Huevos fritos	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Embutido	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Patatas fritas	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Cítricos	0,93	1,57 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>
Leche	2,31	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Snacks	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Zumo	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Marisco	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Plátano	1,16	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Otros	4,86	3,94 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.70 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Siente más apetito ahora	68,83 <sub>a</sub>	65,33 <sub>a</sub>	47,83 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
Gusta más alimentos comidas	50,65 <sub>a</sub>	53,63 <sub>a</sub>	56,52	57,14 <sub>a</sub>
Fruta	14,29 <sub>a</sub>	10,58 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Verdura	2,60 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Bollos, dulces	15,58 <sub>a</sub>	12,41 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Legumbres	1,32 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Arroz	2,60 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Encurtidos	6,49 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Lácteos	2,60 <sub>a,b</sub>	1,46 <sub>a</sub>	8,70 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>
Naranja	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Ensalada	0,00	1,09 <sub>a</sub>	6,52 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>
Helado	1,30 <sub>a,b</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>	7,14 <sub>b</sub>
Pan	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Precocinados	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Queso	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Pescado	0,00	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Fresas	2,60 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Carne	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Tomate	5,19 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Chocolate	1,30 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Frutos secos	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Yogur	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pasta	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Sopa	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Sandía	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Huevos fritos	0,00	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Embutido	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Patatas fritas	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Cítricos	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Leche	1,30 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Snacks	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Zumo	0,00	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Marisco	0,00	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Plátano	0,00	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Otros	0,00	5,84 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.71 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Siente más apetito ahora	62,70 <sup>a</sup>	69,09 <sup>a</sup>
Gusta más alimentos comidas	50,16 <sup>a</sup>	63,64 <sup>b</sup>
Fruta	7,84 <sup>a</sup>	17,12 <sup>b</sup>
Verdura	6,27 <sup>a</sup>	7,21 <sup>a</sup>
Bollos,dulces	13,79 <sup>a</sup>	14,41 <sup>a</sup>
Legumbres	3,14 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Arroz	1,88 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Encurtidos	4,70 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Lácteos	2,82 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Naranja	1,25 <sup>a</sup>	3,60 <sup>a</sup>
Ensalada	2,19 <sup>a</sup>	0,00
Helado	0,94 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Pan	0,94 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Precocinados	0,63 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Queso	1,88 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Pescado	2,82 <sup>a</sup>	5,41 <sup>a</sup>
Fresas	2,19 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Carne	2,51 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Tomate	2,82 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Chocolate	3,13 <sup>a</sup>	0,00
Frutos secos	0,31 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Yogur	1,25 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Pasta	2,19 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Sopa	0,31 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Sandía	0,31 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Huevos fritos	0,94 <sup>a</sup>	0,00
Embutido	0,94 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Patatas fritas	0,94 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Cítricos	0,94 <sup>a</sup>	0,90 <sup>a</sup>
Leche	1,57 <sup>a</sup>	4,50 <sup>a</sup>
Snacks	0,94 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>
Zumo	0,94 <sup>a</sup>	0,00
Marisco	0,94 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Plátano	0,63 <sup>a</sup>	2,70 <sup>a</sup>
Otros	4,39 <sup>a</sup>	6,31 <sup>a</sup>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.72 Preferencias alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Siente más apetito ahora	61,72 <sub>a</sub>	66,50 <sub>a</sub>
Gusta más alimentos comidas	55,5	52,43
Fruta	9,57 <sub>a</sub>	11,65 <sub>a</sub>
Verdura	6,70 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Bollos, dulces	15,31 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
Legumbres	3,83 <sub>a</sub>	1,95 <sub>a</sub>
Arroz	2,39 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Encurtidos	2,87 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Lácteos	2,87 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Naranja	1,91 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Ensalada	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Helado	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pan	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Precocinados	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Queso	1,91 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Pescado	6,22 <sub>a</sub>	0,97 <sub>b</sub>
Fresas	2,39 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Carne	1,44 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Tomate	1,44 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Chocolate	1,44 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,96 <sub>a</sub>	0,00
Yogur	0,96 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Pasta	2,87 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Sopa	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Sandía	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Huevos fritos	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Embutido	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Patatas fritas	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Cítricos	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Leche	1,91 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Snacks	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Zumo	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Marisco	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Plátano	1,91 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Otros	4,31 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.73 Aversiones alimentarias de las gestantes. (% de gestantes).  
Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Gusta menos alimentos/comidas	34,11	38,89 <sub>a</sub>	31,46 <sub>a</sub>	33,70 <sub>a</sub>
Fritos	1,39	2,36 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pescado	7,87	5,51 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Muy grasos	1,62	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Ternera	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Carnes	4,17	5,51 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Lentejas	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pollo	2,08	3,15 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pimiento	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Café	1,62	0,00	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Verduras	2,55	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Huevo	0,93	0,00	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Leche	2,55	3,94 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Queso	0,93	0,00	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Sopa	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Marisco	2,78	3,94 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Ajo	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Chocolate	1,39	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Cerdo	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Cocido	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Coca cola	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Dulces	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Precocinados	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Otros	7,18	10,24 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.74 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Gusta menos alimentos/comidas	25,97 <sub>a</sub>	37,59 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Fritos	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Pescado	9,09 <sub>a</sub>	7,66 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Muy grasos	0,00	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Ternera	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Carnes	3,90 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Lentejas	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pollo	1,30 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pimiento	0,00	0,00	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Café	0,00	2,55 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Verduras	1,30 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Huevo	1,30 <sub>a,b</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>b</sub>
Leche	3,90 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Queso	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Sopa	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Marisco	1,30 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Ajo	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Chocolate	0,00	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Cerdo	0,00	0,36 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>
Cocido	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>b</sub>
Coca cola	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Dulces	0,00	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Precocinados	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Otros	5,19 <sub>a</sub>	8,03 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.75 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Gusta menos alimentos/comidas	31,97 <sub>a</sub>	40,91 <sub>a</sub>
Fritos	1,25 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pescado	8,15 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Muy grasos	1,25 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Ternera	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Carnes	2,82 <sub>a</sub>	8,11 <sub>b</sub>
Lentejas	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Pollo	0,94 <sub>a</sub>	5,41 <sub>b</sub>
Pimiento	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Café	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Verduras	2,82 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Huevo	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Leche	1,88 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Queso	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Sopa	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Marisco	2,82 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Ajo	0,63 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Chocolate	0,63 <sub>a</sub>	3,60 <sub>b</sub>
Cerdo	0,31 <sub>a</sub>	2,70 <sub>b</sub>
Cocido	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Coca cola	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Dulces	0,63 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Precocinados	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Otros	7,84 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.76 Aversiones alimentarias de las gestantes (% de gestantes).  
Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Gusta menos alimen comidas	33,49 <sub>a</sub>	35,92 <sub>a</sub>
Fritos	2,39 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Pescado	7,66 <sub>a</sub>	8,25 <sub>a</sub>
Muy grasos	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Ternera	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Carnes	4,31 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Lentejas	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Pollo	2,87 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Pimiento	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Café	0,96 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Verduras	2,87 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Huevo	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Leche	3,35 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Queso	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Sopa	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Marisco	1,44 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Ajo	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Chocolate	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Cerdo	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Cocido	1,91 <sub>a</sub>	0,00
Coca cola	0,00	1,46 <sub>a</sub>
Dulces	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Precocinados	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Otros	7,18 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.77 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Alimentos sientan mal	42,69	47,62 <sub>a</sub>	38,97 <sub>a</sub>	44,57 <sub>a</sub>
Leche	4,40	6,30 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Tomate	2,55	3,15 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pescado	3,01	5,51 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Grasa	3,24	,79 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Especias	2,55	4,72 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pimiento	1,39	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Guisos	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	1,85	0,00	2,35 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Acidos	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Repollo	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Fritos	2,55	0,00	3,76 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Legumbres	3,24	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Chocolate negro	1,39	3,15 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Carne	2,08	2,36 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Mayonesa	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Picante	2,31	1,57 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Vinagre	1,16	2,36 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Coliflor	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Huevos	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Marisco	1,39	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Cebolla	1,85	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Ajo	2,78	1,57 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Lácteos	2,31	0,79 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Salsas	1,39	0,00	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Platos fuertes	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Fabada	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Fresa	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Cítricos	1,85	3,15 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Dulces	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Café	1,62	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Zumo de naranja	0,93	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Otros	6,48	9,45 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.78 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Alimentos sientan mal	38,96 <sub>a</sub>	45,99 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Leche	6,49 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Tomate	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Pescado	2,60 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Grasa	2,60 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Especias	0,00	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Pimiento	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Guisos	0,00	0,00	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	1,30 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Acidos	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Repollo	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Fritos	5,19 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Legumbres	1,30 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Chocolate negro	0,00	0,73 <sub>a</sub>	6,52 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>
Carne	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Mayonesa	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Picante	6,49 <sub>a</sub>	1,82 <sub>b</sub>	0,00	0,00
Vinagre	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Coliflor	2,60 <sub>a,b</sub>	0,36 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Huevos	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Marisco	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Cebolla	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Ajo	3,90 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Lácteos	0,00	3,65 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Salsas	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Platos fuertes	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Fabada	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Fresa	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Cítricos	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Dulces	2,60 <sub>a</sub>	,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Café	0,00	2,55 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Zumo de naranja	2,60 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	2,60 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.79 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Alimentos sientan mal	44,83 <sub>a</sub>	37,27 <sub>a</sub>
Leche	3,76 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Tomate	3,13 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Pescado	3,13 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Grasa	3,76 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Especias	2,82 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pimiento	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Guisos	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	2,19 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Acidos	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Repollo	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Fritos	2,19 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Legumbres	3,45 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Chocolate negro	0,94 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Carne	2,19 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Mayonesa	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Picante	2,19 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Vinagre	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Coliflor	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Huevos	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Marisco	1,25 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Cebolla	1,57 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Ajo	2,82 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Lácteos	2,82 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Salsas	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Platos fuertes	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Fabada	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Fresa	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Cítricos	1,88 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Dulces	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Café	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Zumo de naranja	0,63 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Otros	6,58 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.80 Alimentos que le sientan mal ahora que está embarazada (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Alimentos sientan mal	41,63 <sub>a</sub>	43,69 <sub>a</sub>
Leche	4,31 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Tomate	2,39 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Pescado	3,35 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Grasa	1,91 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Especias	3,83 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pimiento	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Guisos	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	0,96 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Acidos	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Repollo	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Fritos	0,48 <sub>a</sub>	4,85 <sub>b</sub>
Legumbres	2,39 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Chocolate negro	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Carne	3,35 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Mayonesa	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Picante	2,39 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Vinagre	2,39 <sub>a</sub>	0,00
Coliflor	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Huevos	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Marisco	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Cebolla	1,44 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Ajo	2,39 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Lácteos	1,91 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Salsas	0,96 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Platos fuertes	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Fabada	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Fresa	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Cítricos	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Dulces	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Café	0,96 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Zumo de naranja	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Otros	6,70 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.81 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes).  
Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Ha tenido antojos	44,32	58,73 <sub>a</sub>	37,56 <sub>b</sub>	40,22 <sub>b</sub>
Dulces, bollos, galletas	14,35	19,69 <sub>a</sub>	12,21 <sub>a</sub>	11,96 <sub>a</sub>
Encurtidos	6,94	7,09 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Embutidos	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Marisco	1,16	3,15 <sub>a</sub>	0,47 <sub>b</sub>	0,00
Pescado	1,62	3,15 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Fruta	2,08	3,94 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Uvas	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Higos secos	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Fresas	3,47	3,15 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Naranja	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Melocotón	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Piña	0,23	0,00	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Plátano	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>
Mango	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Sandía	2,78	6,30 <sub>a</sub>	1,41 <sub>b</sub>	1,09 <sub>a,b</sub>
Melón	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Citricos	1,16	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Peras	0,46	1,57 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Cereza	0,23	0,79 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Mandarinas	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Papaya	0,23	0,00	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Zumos de frutas	0,93	1,57 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Patatas	1,16	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Regaliz	0,46	0,00	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Yogur y leche fermentada	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Helados	5,79	10,24 <sub>a</sub>	3,76 <sub>b</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>
Precocinados	0,69	1,57 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Pizza	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Hamburguesa	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Canelones	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Chocolate	4,86	5,51 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Quesos	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Leche	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Carne roja	1,62	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pollo	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Verduras y hortalizas	3,01	4,72 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Huevos fritos	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Tortilla de patatas	0,93	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Legumbres	0,69	0,00	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Pan	0,93	2,36 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Snacks	0,69	0,00	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pasta	0,93	0,00	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Golosinas	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Otros	5,32	12,60 <sub>a</sub>	2,35 <sub>b</sub>	2,17 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.82 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Ha tenido antojos	46,75 <sub>a</sub>	44,16 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Dulces, bollos, galletas	14,29 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Encurtidos	10,39 <sub>a</sub>	6,20 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Embutidos	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Marisco	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Pescado	0,00	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Fruta	0,00	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Uvas	0,00	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Higos secos	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Fresas	1,30 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Naranja	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Melocotón	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Piña	0,00	0,00	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Plátano	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>b</sub>
Mango	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Sandía	3,90 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Melón	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Citricos	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Peras	2,60 <sub>a</sub>	0,00	0,00	0,00
Cereza	1,30 <sub>a</sub>	0,00	0,00	0,00
Mandarinas	0,00	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Papaya	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Zumos de frutas	2,60 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Frutos secos	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Patatas	2,60 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Regaliz	0,00	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Yogur y leche fermentada	2,60 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Helados	6,49 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Precocinados	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pizza	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Hamburguesa	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Canelones	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Chocolate	6,49 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Quesos	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Leche	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Carne roja	1,30 <sub>a,b</sub>	0,73 <sub>a</sub>	8,70 <sub>b</sub>	0,00
Pollo	2,60 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Verduras y hortalizas	5,19 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Huevos fritos	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Tortilla de patatas	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Legumbres	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pan	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Snacks	0,00	0,36 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Pasta	3,90 <sub>a</sub>	0,36 <sub>b</sub>	0,00	0,00
Golosinas	0,00	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Otros	2,60 <sub>a</sub>	6,20 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.83 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes).  
Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Ha tenido antojos	38,56 <sub>a</sub>	61,82 <sub>b</sub>
Dulces, bollos, galletas	13,79 <sub>a</sub>	16,22 <sub>a</sub>
Encurtidos	8,15 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Embutidos	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Marisco	0,63 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Pescado	0,94 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Fruta	0,63 <sub>a</sub>	6,31 <sub>b</sub>
Uvas	0,31 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Higos secos	0,31 <sub>a</sub>	0,00
Fresas	3,13 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Naranja	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Melocotón	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Piña	0,31 <sub>a</sub>	0,00
Plátano	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Mango	0,00	0,90 <sub>a</sub>
Sandía	0,94 <sub>a</sub>	8,11 <sub>b</sub>
Melón	0,31 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Citricos	0,00	4,50 <sub>a</sub>
Peras	0,00	1,80 <sub>a</sub>
Cereza	0,00	0,90 <sub>a</sub>
Mandarinas	0,00	1,80 <sub>a</sub>
Papaya	0,00	0,90 <sub>a</sub>
Zumos de frutas	0,63 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Patatas	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Regaliz	0,63 <sub>a</sub>	0,00
Yogur y leche fermentada	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Helados	4,70 <sub>a</sub>	9,01 <sub>a</sub>
Precocinados	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Pizza	0,94 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Hamburguesa	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Canelones	0,31 <sub>a</sub>	0,00
Chocolate	4,39 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Quesos	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Leche	0,94 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Carne roja	0,94 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Pollo	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Verduras y hortalizas	1,88 <sub>a</sub>	6,31 <sub>b</sub>
Huevos fritos	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Tortilla de patatas	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Legumbres	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Pan	0,63 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Snacks	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Pasta	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Golosinas	0,31 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Otros	2,82 <sub>a</sub>	12,61 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.84 Ha tenido antojos en algún momento del embarazo (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Ha tenido antojos	48,80 <sub>a</sub>	39,81 <sub>a</sub>
Dulces, bollos, galletas	18,18 <sub>a</sub>	10,19 <sub>b</sub>
Encurtidos	7,18 <sub>a</sub>	7,28 <sub>a</sub>
Embutidos	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Marisco	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Pescado	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Fruta	3,35 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Uvas	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Higos secos	0,00	0,49 <sub>a</sub>
Fresas	4,31 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Naranja	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Melocotón	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Piña	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Plátano	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Mango	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Sandía	4,31 <sub>a</sub>	0,97 <sub>b</sub>
Melón	0,96 <sub>a</sub>	0,00
Citricos	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Peras	0,96 <sub>a</sub>	0,00
Cereza	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Mandarinas	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Papaya	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Zumos de frutas	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Frutos secos	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Patatas	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Regaliz	0,00	0,49 <sub>a</sub>
Yogur y leche fermentada	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Helados	8,61 <sub>a</sub>	2,91 <sub>b</sub>
Precocinados	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Pizza	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Hamburguesa	2,39 <sub>a</sub>	0,00
Canelones	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Chocolate	4,31 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>
Quesos	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Leche	0,00	1,94 <sub>a</sub>
Carne roja	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Pollo	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Verduras y hortalizas	1,44 <sub>a</sub>	4,85 <sub>b</sub>
Huevos fritos	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Tortilla de patatas	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Legumbres	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Pan	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Snacks	0,00	1,46 <sub>a</sub>
Pasta	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Golosinas	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Otros	8,13 <sub>a</sub>	2,43 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.85 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Sigue un régimen	20,88	23,02 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Régimen peso	14,62	17,46 <sub>a</sub>	13,15 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>
Régimen colesterol	0,93	2,38 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
Régimen diabetes	3,94	3,17 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Régimen otros	2,55	2,38 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Iniciativa propia	3,94	4,76 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Médico	13,92	13,49 <sub>a</sub>	13,15 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
Matrona	3,02	4,76 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Otros	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.86 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Sigue un régimen	15,58 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a,b</sub>	53,57 <sub>b</sub>
Régimen peso	10,39 <sub>a</sub>	12,41 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Régimen colesterol	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Régimen diabetes	2,60 <sub>a,b</sub>	2,92 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a,b</sub>	14,29 <sub>b</sub>
Régimen otros	0,00	1,09 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	17,86 <sub>b</sub>
Iniciativa propia	2,60 <sub>a,c</sub>	1,46 <sub>a</sub>	17,39 <sub>b</sub>	10,71 <sub>b,c</sub>
Médico	10,39 <sub>a</sub>	12,04 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a,b</sub>	32,14 <sub>b</sub>
Matrona	2,60 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Otros	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.87 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Sigue un régimen	19,44 <sub>a</sub>	25,45 <sub>a</sub>
Régimen peso	13,79 <sub>a</sub>	17,27 <sub>a</sub>
Régimen colesterol	0,31 <sub>a</sub>	2,73 <sub>b</sub>
Régimen diabetes	4,08 <sub>a</sub>	3,64 <sub>a</sub>
Régimen otros	2,82 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
Iniciativa propia	2,19 <sub>a</sub>	9,09 <sub>b</sub>
Médico	13,17 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
Matrona	3,13 <sub>a</sub>	2,73 <sub>a</sub>
Otros	0,31 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.88 Respuesta a la pregunta: Sigue algún tipo de régimen. En caso afirmativo quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Sigue un régimen	22,49 <sub>a</sub>	18,45 <sub>a</sub>
Régimen peso	15,31 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
Régimen colesterol	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Régimen diabetes	3,83 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Régimen otros	3,83 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Iniciativa propia	3,83 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Médico	13,40 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
Matrona	3,83 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Otros	0,48 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.89 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes).  
Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total			<30 años			30-35 años			>35 años		
	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Cuántas veces come al día	4,57	0,88		4,56 <sub>a</sub>	0,99		4,58 <sub>a</sub>	0,78		4,55 <sub>a</sub>	0,95	
Al levantarse			16,05			15,87 <sub>a</sub>			15,57 <sub>a</sub>			17,39 <sub>a</sub>
Desayuno			88,14			91,27 <sub>a</sub>			88,68 <sub>a</sub>			82,61 <sub>a</sub>
Media mañana			68,14			58,73 <sub>a</sub>			74,53 <sub>b</sub>			66,30 <sub>a,b</sub>
Comida			100,00			100,00			100,00			100,00
Merienda			76,98			79,37 <sub>a</sub>			75,47 <sub>a</sub>			77,17 <sub>a</sub>
Cena			98,37			98,41 <sub>a</sub>			98,58 <sub>a</sub>			97,83 <sub>a</sub>
Al acostarse			7,21			8,73 <sub>a</sub>			4,72 <sub>a</sub>			10,87 <sub>a</sub>
Otros			2,33			5,56 <sub>a</sub>			0,00			3,26 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.90 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo			Normal			Alto			Obesa		
	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%	Media	DS	%
Cuántas veces come al día	4,68 <sub>a</sub>	0,88		4,57 <sub>a</sub>	0,88		4,63 <sub>a</sub>	0,90		4,29 <sub>a</sub>	0,81	
Al levantarse			21,05 <sub>a</sub>			15,33 <sub>a</sub>			19,57 <sub>a</sub>			7,14 <sub>a</sub>
Desayuno			88,16 <sub>a</sub>			87,96 <sub>a</sub>			89,13 <sub>a</sub>			85,71 <sub>a</sub>
Media mañana			71,05 <sub>a</sub>			70,80 <sub>a</sub>			63,04 <sub>a</sub>			53,57 <sub>a</sub>
Comida			100,00			100,00			100,00			100,00
Merienda			78,95 <sub>a</sub>			75,91 <sub>a</sub>			84,78 <sub>a</sub>			71,43 <sub>a</sub>
Cena			98,68 <sub>a,b</sub>			98,91 <sub>a</sub>			93,48 <sub>b</sub>			100,00
Al acostarse			6,58 <sub>a</sub>			6,93 <sub>a</sub>			10,87 <sub>a</sub>			7,14 <sub>a</sub>
Otros			2,63 <sub>a</sub>			2,19 <sub>a</sub>			2,17 <sub>a</sub>			3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.91 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española			Extranjera		
	Media	DS	%	Media	DS	%
Cuántas veces come al día	4,57 <sub>a</sub>	0,87		4,54 <sub>a</sub>	0,92	
Al levantarse			15,41 <sub>a</sub>			17,27 <sub>a</sub>
Desayuno			88,36 <sub>a</sub>			87,27 <sub>a</sub>
Media mañana			70,75 <sub>a</sub>			60,00 <sub>b</sub>
Comida			100,00			100,00
Merienda			77,04 <sub>a</sub>			76,36 <sub>a</sub>
Cena			98,74 <sub>a</sub>			97,27 <sub>a</sub>
Al acostarse			5,03 <sub>a</sub>			13,64 <sub>b</sub>
Otros			2,20 <sub>a</sub>			2,73 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.92 Cuántas veces come al día habitualmente y qué comidas realiza normalmente (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios			Estudios superiores		
	Media	DS	%	Media	DS	%
Cuántas veces come al día	4,62 <sub>a</sub>	0,94		4,52 <sub>a</sub>	0,83	
Al levantarse			16,83 <sub>a</sub>			16,02 <sub>a</sub>
Desayuno			87,50 <sub>a</sub>			88,35 <sub>a</sub>
Media mañana			66,83 <sub>a</sub>			69,90 <sub>a</sub>
Comida			100,00			100,00
Merienda			81,25 <sub>a</sub>			72,33 <sub>b</sub>
Cena			97,60 <sub>a</sub>			99,03 <sub>a</sub>
Al acostarse			10,10 <sub>a</sub>			4,85 <sub>b</sub>
Otros			3,37 <sub>a</sub>			1,46 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.93 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Náuseas	62,88	72,22 <sub>a</sub>	60,09 <sub>a,b</sub>	56,52 <sub>b</sub>
Primer trimestre	59,40	69,05 <sub>a</sub>	56,34 <sub>a</sub>	53,26 <sub>a</sub>
Segundo trimestre	13,23	11,90 <sub>a</sub>	15,02 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Tercer trimestre	11,83	16,67 <sub>a</sub>	10,80 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Estreñimiento	48,14	49,60 <sub>a</sub>	46,95 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>
Hemorroides	19,07	12,80 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	30,43 <sub>b</sub>
Acidez/reflujo	60,00	57,60 <sub>a</sub>	58,69 <sub>a</sub>	66,30 <sub>a</sub>
Hipertensión	2,56	2,40 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Hipoglucemia	7,67	5,60 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
Diabetes	4,42	3,20 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Otras alteraciones	13,02	13,60 <sub>a</sub>	12,68 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>
Ninguna alteración	15,85	16,80 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a</sub>	13,19 <sub>a</sub>
Anemia durante el embarazo	33,64	31,75 <sub>a</sub>	33,33 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>
Anemia antes del embarazo	19,72	23,81 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	18,48 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.94 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Náuseas	59,74 <sub>a</sub>	64,60 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Primer trimestre	57,14 <sub>a</sub>	61,68 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
Segundo trimestre	6,49 <sub>a</sub>	14,23 <sub>a,b</sub>	10,87 <sub>a,b</sub>	28,57 <sub>b</sub>
Tercer trimestre	7,79 <sub>a</sub>	13,50 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Estreñimiento	50,65 <sub>a</sub>	46,15 <sub>a</sub>	47,83 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Hemorroides	18,18 <sub>a</sub>	19,41 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Acidez/reflujo	50,65 <sub>a</sub>	60,81 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Hipertensión	1,30 <sub>a,b</sub>	1,83 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	10,71 <sub>b</sub>
Hipoglucemia	6,49 <sub>a</sub>	8,42 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Diabetes	2,60 <sub>a</sub>	4,03 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Otras alteraciones	11,69 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Ninguna alteración	19,48 <sub>a</sub>	16,18 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Anemia durante el embarazo	33,77 <sub>a</sub>	35,04 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
Anemia antes del embarazo	20,78 <sub>a</sub>	19,34 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.95 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Náuseas	60,50 <sub>a</sub>	70,00 <sub>a</sub>
Primer trimestre	57,68 <sub>a</sub>	64,55 <sub>a</sub>
Segundo trimestre	12,23 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
Tercer trimestre	11,60 <sub>a</sub>	12,73 <sub>a</sub>
Estreñimiento	49,06 <sub>a</sub>	45,45 <sub>a</sub>
Hemorroides	20,75 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>
Acidez/reflujo	64,47 <sub>a</sub>	48,18 <sub>b</sub>
Hipertensión	2,83 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
Hipoglucemia	8,81 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
Diabetes	4,72 <sub>a</sub>	3,64 <sub>a</sub>
Otras alteraciones	12,89 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>
Ninguna alteración	11,95 <sub>a</sub>	26,61 <sub>b</sub>
Anemia durante el embarazo	35,11 <sub>a</sub>	29,09 <sub>a</sub>
Anemia antes del embarazo	19,75 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.96 Porcentaje de gestantes que ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Náuseas	66,03 <sub>a</sub>	60,68 <sub>a</sub>
Primer trimestre	61,24 <sub>a</sub>	58,74 <sub>a</sub>
Segundo trimestre	15,79 <sub>a</sub>	10,68 <sub>a</sub>
Tercer trimestre	14,35 <sub>a</sub>	9,71 <sub>a</sub>
Estreñimiento	46,15 <sub>a</sub>	50,97 <sub>a</sub>
Hemorroides	15,38 <sub>a</sub>	22,82 <sub>a</sub>
Acidez/reflujo	57,69 <sub>a</sub>	61,65 <sub>a</sub>
Hipertensión	2,88 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Hipoglucemia	5,77 <sub>a</sub>	9,71 <sub>a</sub>
Diabetes	5,77 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Otras alteraciones	12,50 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
Ninguna alteración	17,70 <sub>a</sub>	13,73 <sub>a</sub>
Anemia durante el embarazo	33,49 <sub>a</sub>	34,47 <sub>a</sub>
Anemia antes del embarazo	17,70 <sub>a</sub>	22,82 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.97 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Ha tomado algún suplemento durante el embarazo	97,68	94,44 <sub>a</sub>	98,59 <sub>b</sub>	100,00
Hierro	65,20	63,49 <sub>a</sub>	65,73 <sub>a</sub>	66,30 <sub>a</sub>
1° trimestre	17,40	13,49 <sub>a</sub>	19,72 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
2° trimestre	40,84	34,13 <sub>a</sub>	43,19 <sub>a</sub>	44,57 <sub>a</sub>
3° trimestre	54,99	53,17 <sub>a</sub>	55,87 <sub>a</sub>	55,43 <sub>a</sub>
Calcio	15,55	18,25 <sub>a</sub>	15,49 <sub>a</sub>	11,96 <sub>a</sub>
1° trimestre	8,12	9,52 <sub>a</sub>	8,45 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
2° trimestre	13,43	14,17 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
3° trimestre	12,73	15,75 <sub>a</sub>	13,15 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Zinc	2,32	2,38 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
1° trimestre	1,85	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
2° trimestre	1,62	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
3° trimestre	1,62	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Acido fólico	81,21	79,37 <sub>a</sub>	82,16 <sub>a</sub>	81,52 <sub>a</sub>
1° trimestre	76,62	73,23 <sub>a</sub>	78,40 <sub>a</sub>	77,17 <sub>a</sub>
2° trimestre	55,56	57,48 <sub>a</sub>	54,46 <sub>a</sub>	55,43 <sub>a</sub>
3° trimestre	46,99	44,09 <sub>a</sub>	47,42 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
Polivitamínico	37,59	26,98 <sub>a</sub>	36,15 <sub>a</sub>	55,43 <sub>b</sub>
1° trimestre	23,20	18,90 <sub>a</sub>	20,28 <sub>a</sub>	35,87 <sub>b</sub>
2° trimestre	32,41	23,62 <sub>a</sub>	30,05 <sub>a</sub>	50,00 <sub>b</sub>
3° trimestre	29,63	20,47 <sub>a</sub>	28,17 <sub>a</sub>	45,65 <sub>b</sub>
Yodo	12,53	12,70 <sub>a</sub>	13,15 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
1° trimestre	10,19	11,81 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
2° trimestre	10,42	9,45 <sub>a</sub>	11,74 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
3° trimestre	9,95	10,24 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
Otros	0,93	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
1° trimestre	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
2° trimestre	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
3° trimestre	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.98 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Ha tomado algún suplemento durante el embarazo	97,40 <sub>a</sub>	97,81 <sub>a</sub>	95,65 <sub>a</sub>	100,00
Hierro	62,34 <sub>a</sub>	66,06 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
1° trimestre	14,29 <sub>a,b</sub>	16,06 <sub>a</sub>	32,61 <sub>b</sub>	17,86 <sub>a,b</sub>
2° trimestre	37,66 <sub>a</sub>	41,61 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
3° trimestre	51,95 <sub>a</sub>	55,11 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
Calcio	12,99 <sub>a</sub>	17,15 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
1° trimestre	6,49 <sub>a</sub>	9,49 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
2° trimestre	10,39 <sub>a</sub>	15,33 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
3° trimestre	9,09 <sub>a</sub>	14,96 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Zinc	5,19 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
1° trimestre	5,19 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
2° trimestre	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
3° trimestre	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Acido fólico	76,62 <sub>a</sub>	82,48 <sub>a</sub>	78,26 <sub>a</sub>	82,14 <sub>a</sub>
1° trimestre	74,03 <sub>a</sub>	77,74 <sub>a</sub>	78,26 <sub>a</sub>	71,43 <sub>a</sub>
2° trimestre	46,75 <sub>a</sub>	58,39 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
3° trimestre	37,66 <sub>a</sub>	49,64 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
Polivitamínico	45,45 <sub>a</sub>	36,50 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
1° trimestre	31,17 <sub>a</sub>	21,98 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
2° trimestre	41,56 <sub>a</sub>	30,66 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
3° trimestre	33,77 <sub>a</sub>	29,20 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Iodo	18,18 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
1° trimestre	12,99 <sub>a</sub>	9,12 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
2° trimestre	14,29 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
3° trimestre	12,99 <sub>a</sub>	8,03 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Otros	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
1° trimestre	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
2° trimestre	0,00	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
3° trimestre	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.99 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Ha tomado algún suplemento durante el embarazo	97,81 <sub>a</sub>	97,27 <sub>a</sub>
Hierro	64,89 <sub>a</sub>	66,36 <sub>a</sub>
1º trimestre	16,93 <sub>a</sub>	19,09 <sub>a</sub>
2º trimestre	41,07 <sub>a</sub>	40,91 <sub>a</sub>
3º trimestre	55,49 <sub>a</sub>	53,64 <sub>a</sub>
Calcio	14,11 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
1º trimestre	6,58 <sub>a</sub>	12,73 <sub>b</sub>
2º trimestre	13,17 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>
3º trimestre	12,23 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>
Zinc	2,19 <sub>a</sub>	2,73 <sub>a</sub>
1º trimestre	1,57 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
2º trimestre	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
3º trimestre	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Acido fólico	83,70 <sub>a</sub>	73,64 <sub>b</sub>
1º trimestre	80,25 <sub>a</sub>	65,77 <sub>b</sub>
2º trimestre	57,68 <sub>a</sub>	49,55 <sub>a</sub>
3º trimestre	49,84 <sub>a</sub>	38,74 <sub>b</sub>
Polivitamínico	39,18 <sub>a</sub>	33,64 <sub>a</sub>
1º trimestre	23,27 <sub>a</sub>	23,42 <sub>a</sub>
2º trimestre	35,11 <sub>a</sub>	25,23 <sub>a</sub>
3º trimestre	32,29 <sub>a</sub>	22,52 <sub>a</sub>
Yodo	13,17 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
1º trimestre	10,97 <sub>a</sub>	8,11 <sub>a</sub>
2º trimestre	10,97 <sub>a</sub>	8,11 <sub>a</sub>
3º trimestre	10,03 <sub>a</sub>	9,01 <sub>a</sub>
Otros	0,94 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>
1º trimestre	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
2º trimestre	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
3º trimestre	0,31 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.100 Porcentaje de gestantes que ha tomado algún suplemento durante el embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Ha tomado algún suplemento durante el embarazo	97,13 <sub>a</sub>	98,54 <sub>a</sub>
Hierro	69,38 <sub>a</sub>	62,14 <sub>a</sub>
1° trimestre	18,18 <sub>a</sub>	17,48 <sub>a</sub>
2° trimestre	43,54 <sub>a</sub>	38,83 <sub>a</sub>
3° trimestre	59,33 <sub>a</sub>	53,40 <sub>a</sub>
Calcio	16,27 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
1° trimestre	8,13 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
2° trimestre	13,88 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
3° trimestre	14,83 <sub>a</sub>	9,71 <sub>a</sub>
Zinc	0,96 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
1° trimestre	0,96 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
2° trimestre	0,48 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
3° trimestre	0,48 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Acido fólico	83,25 <sub>a</sub>	79,13 <sub>a</sub>
1° trimestre	74,64 <sub>a</sub>	78,64 <sub>a</sub>
2° trimestre	51,67 <sub>a</sub>	59,71 <sub>a</sub>
3° trimestre	47,37 <sub>a</sub>	48,06 <sub>a</sub>
Polivitamínico	29,67 <sub>a</sub>	47,57 <sub>b</sub>
1° trimestre	15,87 <sub>a</sub>	31,55 <sub>b</sub>
2° trimestre	25,36 <sub>a</sub>	41,26 <sub>b</sub>
3° trimestre	21,53 <sub>a</sub>	39,32 <sub>b</sub>
Yodo	8,61 <sub>a</sub>	17,48 <sub>b</sub>
1° trimestre	7,66 <sub>a</sub>	13,59 <sub>b</sub>
2° trimestre	8,13 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
3° trimestre	8,13 <sub>a</sub>	12,62 <sub>a</sub>
Otros	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
1° trimestre	0,00	1,46 <sub>a</sub>
2° trimestre	0,00	1,46 <sub>a</sub>
3° trimestre	0,00	0,97 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.101 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
aceite de oliva	si	48,96	54,76 <sub>a</sub>	51,64 <sub>a</sub>	34,78 <sub>b</sub>
	no	32,95	30,16 <sub>a</sub>	30,99 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>
	no lo sé	7,89	7,14 <sub>a</sub>	8,45 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
	no contesta	10,21	7,94 <sub>a</sub>	8,92 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
pan	si	31,32	38,89 <sub>a</sub>	32,86 <sub>a</sub>	17,39 <sub>b</sub>
	no	39,68	31,75 <sub>a</sub>	40,85 <sub>a,b</sub>	47,83 <sub>b</sub>
	no lo sé	14,85	18,25 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
	no contesta	14,15	11,11 <sub>a</sub>	11,74 <sub>a</sub>	23,91 <sub>b</sub>
chorizo	si	70,53	65,08 <sub>a</sub>	70,42 <sub>a</sub>	78,20 <sub>a</sub>
	no	22,97	23,02 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
	no lo sé	3,25	7,14 <sub>a</sub>	2,35 <sub>b</sub>	0,00
	no contesta	3,25	4,76 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
margarina	si	56,61	49,21 <sub>a</sub>	57,28 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>
	no	25,29	25,40 <sub>a</sub>	27,23 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,67	17,46 <sub>a</sub>	8,92 <sub>a,b</sub>	5,43 <sub>b</sub>
	no contesta	7,42	7,94 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
mantequilla	si	68,68	65,87 <sub>a</sub>	67,61 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
	no	20,65	19,84 <sub>a</sub>	23,94 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,50	9,52 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	no contesta	4,18	4,76 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
queso graso	si	63,81	60,32 <sub>a</sub>	63,85 <sub>a</sub>	68,48 <sub>a</sub>
	no	22,04	22,22 <sub>a</sub>	24,41 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
	no lo sé	7,19	11,11 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
	no contesta	6,96	6,35 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
huevos	si	63,57	62,70 <sub>a</sub>	64,32 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>
	no	22,04	23,02 <sub>a</sub>	21,13 <sub>a</sub>	22,83 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,26	7,14 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	no contesta	8,12	7,14 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
lentejas	si	24,59	22,22 <sub>a</sub>	28,17 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>
	no	52,44	50,79 <sub>a</sub>	51,64 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>
	no lo sé	8,58	13,49 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a,b</sub>	3,26 <sub>b</sub>
	no contesta	14,39	13,49 <sub>a</sub>	12,21 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
avellanas	si	29,23	30,95 <sub>a</sub>	31,46 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>
	no	32,02	29,37 <sub>a</sub>	30,52 <sub>a</sub>	39,13 <sub>a</sub>
	no lo sé	24,13	26,19 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
	no contesta	14,62	13,49 <sub>a</sub>	12,21 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>
cereales de desayuno	si	24,59	26,98 <sub>a</sub>	26,29 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
	no	53,60	52,38 <sub>a</sub>	52,58 <sub>a</sub>	57,61 <sub>a</sub>
	no lo sé	7,66	9,52 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	no contesta	14,15	11,11 <sub>a</sub>	13,15 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
carne	si	46,17	42,86 <sub>a</sub>	50,70 <sub>a</sub>	40,22 <sub>a</sub>
	no	30,39	34,13 <sub>a</sub>	28,17 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,44	9,52 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	11,96 <sub>a</sub>
	no contesta	12,99	13,49 <sub>a</sub>	10,80 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
pasteles	si	65,66	65,08 <sub>a</sub>	62,91 <sub>a</sub>	72,83 <sub>a</sub>
	no	24,36	23,02 <sub>a</sub>	27,70 <sub>a</sub>	18,48 <sub>a</sub>
	no lo sé	4,87	5,56 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
	no contesta	5,10	6,35 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
sardinas	si	30,39	32,54 <sub>a</sub>	32,39 <sub>a</sub>	22,83 <sub>a</sub>
	no	41,30	39,68 <sub>a</sub>	39,91 <sub>a</sub>	46,74 <sub>a</sub>
	no lo sé	13,92	15,87 <sub>a</sub>	14,08 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
	no contesta	14,39	11,90 <sub>a</sub>	13,62 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>
bollería	si	68,91	66,67 <sub>a</sub>	67,14 <sub>a</sub>	76,09 <sub>a</sub>
	no	24,36	22,22 <sub>a</sub>	28,64 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
	no lo sé	2,32	4,76 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	no contesta	4,41	6,35 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.102 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Aceite de oliva	si	44,16 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	no	33,77 <sub>a</sub>	33,94 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,39 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	no contesta	11,69 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Pan	si	25,97 <sub>a</sub>	32,12 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	46,43 <sub>a</sub>
	no	40,26 <sub>a</sub>	40,51 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	no lo sé	16,88 <sub>a</sub>	14,60 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	no contesta	16,88 <sub>a</sub>	12,77 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Chorizo	si	76,62 <sub>a</sub>	70,44 <sub>a</sub>	71,74 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	no	15,58 <sub>a</sub>	24,09 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no lo sé	5,19 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	2,60 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Margarina	si	62,34 <sub>a</sub>	57,30 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	no	18,18 <sub>a</sub>	26,28 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	no lo sé	12,99 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	no contesta	6,49 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Mantequilla	si	72,73 <sub>a</sub>	69,34 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	no	15,58 <sub>a</sub>	20,44 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no lo sé	9,09 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	2,60 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Queso graso	si	68,83 <sub>a</sub>	63,14 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	no	16,88 <sub>a</sub>	22,99 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,49 <sub>a</sub>	8,03 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	7,79 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Huevos	si	55,84 <sub>a</sub>	66,06 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
	no	24,68 <sub>a</sub>	21,53 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,39 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	9,09 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Lentejas	si	18,18 <sub>a</sub>	24,82 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no	57,14 <sub>a</sub>	52,92 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	no lo sé	9,09 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	no contesta	15,58 <sub>a</sub>	13,87 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Avellanas	si	20,78 <sub>a</sub>	33,21 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	no	46,75 <sub>a</sub>	29,93 <sub>b</sub>	28,26 <sub>a,b</sub>	21,43 <sub>a,b</sub>
	no lo sé	15,58 <sub>a</sub>	24,45 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no contesta	16,88 <sub>a</sub>	12,41 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
Cereales de desayuno	si	19,48 <sub>a</sub>	25,55 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	no	61,04 <sub>a</sub>	53,28 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	no lo sé	3,90 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	no contesta	15,58 <sub>a</sub>	12,77 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Carne	si	45,45 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	no	29,87 <sub>a</sub>	28,10 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,39 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	no contesta	14,29 <sub>a</sub>	13,14 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Pasteles	si	68,83 <sub>a</sub>	66,79 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
	no	19,48 <sub>a</sub>	25,18 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	no lo sé	3,90 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	no contesta	7,79 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Sardinas	si	25,97 <sub>a</sub>	32,12 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
	no	44,16 <sub>a</sub>	41,24 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	no lo sé	14,29 <sub>a</sub>	13,87 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	no contesta	15,58 <sub>a</sub>	12,77 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Bollería	si	72,73 <sub>a</sub>	68,98 <sub>a</sub>	76,09 <sub>a</sub>	53,57 <sub>a</sub>
	no	15,58 <sub>a</sub>	25,91 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	no lo sé	3,90 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	7,79 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.103 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Aceite de oliva	si	47,96 <sub>a</sub>	51,82 <sub>a</sub>
	no	34,80 <sub>a</sub>	28,18 <sub>a</sub>
	no lo sé	7,52 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>
	no contesta	9,72 <sub>a</sub>	10,91 <sub>a</sub>
Pan	si	29,15 <sub>a</sub>	38,18 <sub>a</sub>
	no	42,63 <sub>a</sub>	31,82 <sub>b</sub>
	no lo sé	15,99 <sub>a</sub>	11,82 <sub>a</sub>
	no contesta	12,23 <sub>a</sub>	18,18 <sub>a</sub>
Chorizo	si	72,73 <sub>a</sub>	63,64 <sub>a</sub>
	no	24,14 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
	no lo sé	0,94 <sub>a</sub>	10,00 <sub>b</sub>
	no contesta	2,19 <sub>a</sub>	6,36 <sub>b</sub>
Margarina	si	55,80 <sub>a</sub>	59,09 <sub>a</sub>
	no	28,53 <sub>a</sub>	16,36 <sub>b</sub>
	no lo sé	10,97 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	no contesta	4,70 <sub>a</sub>	14,55 <sub>b</sub>
Mantequilla	si	69,91 <sub>a</sub>	65,45 <sub>a</sub>
	no	21,32 <sub>a</sub>	19,09 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,27 <sub>a</sub>	7,27 <sub>a</sub>
	no contesta	2,51 <sub>a</sub>	8,18 <sub>b</sub>
Queso graso	si	63,95 <sub>a</sub>	64,55 <sub>a</sub>
	no	24,14 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,58 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>
	no contesta	5,33 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
Huevos	si	62,38 <sub>a</sub>	67,27 <sub>a</sub>
	no	25,71 <sub>a</sub>	11,82 <sub>b</sub>
	no lo sé	4,70 <sub>a</sub>	10,91 <sub>b</sub>
	no contesta	7,21 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
Lentejas	si	24,14 <sub>a</sub>	25,45 <sub>a</sub>
	no	54,55 <sub>a</sub>	47,27 <sub>a</sub>
	no lo sé	8,46 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>
	no contesta	12,85 <sub>a</sub>	18,18 <sub>a</sub>
Avellanas	si	29,78 <sub>a</sub>	27,27 <sub>a</sub>
	no	34,48 <sub>a</sub>	25,45 <sub>a</sub>
	no lo sé	24,45 <sub>a</sub>	23,64 <sub>a</sub>
	no contesta	11,29 <sub>a</sub>	23,64 <sub>b</sub>
Cereales de desayuno	si	22,88 <sub>a</sub>	30,00 <sub>a</sub>
	no	56,74 <sub>a</sub>	45,45 <sub>b</sub>
	no lo sé	7,84 <sub>a</sub>	7,27 <sub>a</sub>
	no contesta	12,54 <sub>a</sub>	17,27 <sub>a</sub>
Carne	si	44,20 <sub>a</sub>	51,82 <sub>a</sub>
	no	33,54 <sub>a</sub>	21,82 <sub>b</sub>
	no lo sé	10,66 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	no contesta	11,60 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
Pasteles	si	68,03 <sub>a</sub>	59,09 <sub>a</sub>
	no	27,59 <sub>a</sub>	15,45 <sub>b</sub>
	no lo sé	1,57 <sub>a</sub>	14,55 <sub>b</sub>
	no contesta	2,82 <sub>a</sub>	10,91 <sub>b</sub>
Sardinas	si	29,47 <sub>a</sub>	33,64 <sub>a</sub>
	no	44,20 <sub>a</sub>	33,64 <sub>a</sub>
	no lo sé	13,48 <sub>a</sub>	15,45 <sub>a</sub>
	no contesta	12,85 <sub>a</sub>	17,27 <sub>a</sub>
Bollería	si	71,16 <sub>a</sub>	62,73 <sub>a</sub>
	no	26,65 <sub>a</sub>	18,18 <sub>a</sub>
	no lo sé	0,31 <sub>a</sub>	8,18 <sub>b</sub>
	no contesta	1,88 <sub>a</sub>	10,91 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.104 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Aceite de oliva	si	52,63 <sub>a</sub>	46,12 <sub>a</sub>
	no	30,14 <sub>a</sub>	35,92 <sub>a</sub>
	no lo sé	8,13 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
	no contesta	9,09 <sub>a</sub>	10,19 <sub>a</sub>
Pan	si	35,89 <sub>a</sub>	26,70 <sub>b</sub>
	no	34,93 <sub>a</sub>	46,12 <sub>b</sub>
	no lo sé	16,27 <sub>a</sub>	12,62 <sub>a</sub>
	no contesta	12,92 <sub>a</sub>	14,56 <sub>a</sub>
Chorizo	si	66,99 <sub>a</sub>	73,30 <sub>a</sub>
	no	23,92 <sub>a</sub>	22,33 <sub>a</sub>
	no lo sé	5,74 <sub>a</sub>	0,97 <sub>b</sub>
	no contesta	3,35 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Margarina	si	55,02 <sub>a</sub>	58,74 <sub>a</sub>
	no	23,44 <sub>a</sub>	26,70 <sub>a</sub>
	no lo sé	13,88 <sub>a</sub>	8,25 <sub>a</sub>
	no contesta	7,66 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Mantequilla	si	65,07 <sub>a</sub>	72,33 <sub>a</sub>
	no	21,05 <sub>a</sub>	19,90 <sub>a</sub>
	no lo sé	8,61 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
	no contesta	5,26 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Queso graso	si	61,24 <sub>a</sub>	65,05 <sub>a</sub>
	no	23,44 <sub>a</sub>	21,84 <sub>a</sub>
	no lo sé	9,09 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>
	no contesta	6,22 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
Huevos	si	60,77 <sub>a</sub>	66,02 <sub>a</sub>
	no	23,92 <sub>a</sub>	20,87 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,70 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>
	no contesta	8,61 <sub>a</sub>	7,28 <sub>a</sub>
Lentejas	si	27,75 <sub>a</sub>	20,87 <sub>a</sub>
	no	47,37 <sub>a</sub>	58,25 <sub>b</sub>
	no lo sé	10,05 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
	no contesta	14,83 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
Avellanas	si	30,14 <sub>a</sub>	27,67 <sub>a</sub>
	no	27,27 <sub>a</sub>	37,38 <sub>b</sub>
	no lo sé	26,79 <sub>a</sub>	22,33 <sub>a</sub>
	no contesta	15,79 <sub>a</sub>	12,62 <sub>a</sub>
Cereales de desayuno	si	25,84 <sub>a</sub>	23,30 <sub>a</sub>
	no	47,85 <sub>a</sub>	59,71 <sub>b</sub>
	no lo sé	11,00 <sub>a</sub>	4,85 <sub>b</sub>
	no contesta	15,31 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
Carne	si	47,85 <sub>a</sub>	45,15 <sub>a</sub>
	no	29,19 <sub>a</sub>	32,52 <sub>a</sub>
	no lo sé	10,53 <sub>a</sub>	10,19 <sub>a</sub>
	no contesta	12,44 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
Pasteles	si	64,11 <sub>a</sub>	66,02 <sub>a</sub>
	no	24,40 <sub>a</sub>	25,24 <sub>a</sub>
	no lo sé	6,70 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
	no contesta	4,78 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>
Sardinas	si	32,54 <sub>a</sub>	29,61 <sub>a</sub>
	no	37,32 <sub>a</sub>	45,15 <sub>a</sub>
	no lo sé	15,79 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
	no contesta	14,35 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
Bollería	si	65,07 <sub>a</sub>	71,84 <sub>a</sub>
	no	24,88 <sub>a</sub>	24,27 <sub>a</sub>
	no lo sé	4,31 <sub>a</sub>	0,49 <sub>b</sub>
	no contesta	5,74 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.105 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Queso	SI	96,06	93,65 <sub>a</sub>	96,71 <sub>a</sub>	97,83 <sub>a</sub>
	NO	0,70	2,38 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO LO SÉ	1,86	2,38 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	1,39	1,59 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Tomate	SI	6,50	7,94 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
	NO	41,53	42,06 <sub>a</sub>	41,78 <sub>a</sub>	40,22 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	28,54	27,78 <sub>a</sub>	30,05 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,43	22,22 <sub>a</sub>	22,07 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>
Leche	SI	99,07	99,21 <sub>a</sub>	99,06 <sub>a</sub>	98,91 <sub>a</sub>
	NO	0,00	0,00	0,00	0,00
	NO LO SÉ	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	0,70	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Mantequilla	SI	39,68	41,27 <sub>a</sub>	39,91 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>
	NO	25,29	23,81 <sub>a</sub>	27,23 <sub>a</sub>	22,83 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	17,87	21,43 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	17,17	13,49 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
Sardinas	SI	37,35	34,13 <sub>a</sub>	39,44 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>
	NO	20,19	24,60 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a</sub>	22,83 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	27,15	27,78 <sub>a</sub>	29,58 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,31	13,49 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.106 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Queso	SI	90,91 <sub>a</sub>	97,08 <sub>a</sub>	97,83 <sub>a</sub>	96,43 <sub>a</sub>
	NO	1,30 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	5,19 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO CONTESTA	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Tomate	SI	7,79 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	NO	46,75 <sub>a</sub>	40,15 <sub>a</sub>	43,48 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	20,78 <sub>a</sub>	30,66 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	24,68 <sub>a</sub>	22,63 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Leche	SI	97,40 <sub>a</sub>	99,27 <sub>a</sub>	100,00	100,00
	NO	0,00	0,00	0,00	0,00
	NO LO SÉ	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO CONTESTA	2,60 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Mantequilla	SI	41,56 <sub>a</sub>	39,42 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	NO	25,97 <sub>a</sub>	24,82 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	16,88 <sub>a</sub>	17,88 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,58 <sub>a</sub>	17,88 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Sardinas	SI	37,66 <sub>a</sub>	38,32 <sub>a</sub>	39,13 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	NO	20,78 <sub>a</sub>	20,07 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	25,97 <sub>a</sub>	27,74 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,58 <sub>a</sub>	13,87 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.107 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Queso	SI	98,75 <sub>a</sub>	88,18 <sub>b</sub>
	NO	0,31 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	0,94 <sub>a</sub>	4,55 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,00	5,45 <sub>a</sub>
Tomate	SI	5,33 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	NO	46,39 <sub>a</sub>	28,18 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	28,84 <sub>a</sub>	28,18 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	19,44 <sub>a</sub>	33,64 <sub>b</sub>
Leche	SI	99,37 <sub>a</sub>	98,18 <sub>a</sub>
	NO	0,00	0,00
	NO LO SÉ	0,31 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	0,31 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
Mantequilla	SI	39,81 <sub>a</sub>	38,18 <sub>a</sub>
	NO	27,59 <sub>a</sub>	19,09 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	17,55 <sub>a</sub>	19,09 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,05 <sub>a</sub>	23,64 <sub>b</sub>
Sardinas	SI	40,75 <sub>a</sub>	28,18 <sub>b</sub>
	NO	20,38 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	26,96 <sub>a</sub>	28,18 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	11,91 <sub>a</sub>	23,64 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.108 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Queso	SI	95,22 <sub>a</sub>	97,09 <sub>a</sub>
	NO	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	2,39 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Tomate	SI	9,09 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
	NO	37,80 <sub>a</sub>	44,66 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	26,32 <sub>a</sub>	32,04 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	26,79 <sub>a</sub>	18,93 <sub>a</sub>
Leche	SI	99,52 <sub>a</sub>	98,54 <sub>a</sub>
	NO	0,00	0,00
	NO LO SÉ	0,48 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	0,00	1,46 <sub>a</sub>
Mantequilla	SI	38,28 <sub>a</sub>	40,29 <sub>a</sub>
	NO	24,88 <sub>a</sub>	26,70 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	18,18 <sub>a</sub>	17,96 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	18,66 <sub>a</sub>	15,05 <sub>a</sub>
Sardinas	SI	38,76 <sub>a</sub>	36,89 <sub>a</sub>
	NO	19,62 <sub>a</sub>	21,36 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	24,40 <sub>a</sub>	30,10 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	17,22 <sub>a</sub>	11,65 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.109 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Huevos	SI	29,93	37,30 <sub>a</sub>	25,35 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>
	NO	39,44	33,33 <sub>a</sub>	43,19 <sub>a</sub>	39,13 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	12,99	14,29 <sub>a</sub>	13,62 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	17,63	15,08 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
Arroz	SI	2,55	6,35 <sub>a</sub>	0,47 <sub>b</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>
	NO	67,05	61,11 <sub>a</sub>	70,42 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	6,50	11,11 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,90	21,43 <sub>a</sub>	23,94 <sub>a</sub>	27,17 <sub>a</sub>
Leche	SI	47,33	41,27 <sub>a</sub>	50,23 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>
	NO	25,52	27,78 <sub>a</sub>	24,88 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,05	13,49 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	18,10	17,46 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>
Pasteles	SI	86,54	82,54 <sub>a</sub>	86,85 <sub>a</sub>	91,30 <sub>a</sub>
	NO	3,94	7,94 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	3,02	3,17 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	6,50	6,35 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Lentejas	SI	3,94	7,94 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO	63,11	56,35 <sub>a</sub>	67,14 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,05	14,29 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,90	21,43 <sub>a</sub>	23,47 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>
Carne	SI	53,83	51,59 <sub>a</sub>	57,28 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>
	NO	22,27	19,84 <sub>a</sub>	22,07 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	8,12	11,90 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,78	16,67 <sub>a</sub>	13,62 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>
Galletas	SI	54,06	46,03 <sub>a</sub>	57,28 <sub>a</sub>	57,61 <sub>a</sub>
	NO	19,03	26,98 <sub>a</sub>	15,49 <sub>b</sub>	16,30 <sub>a,b</sub>
	NO LO SÉ	10,21	11,11 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	16,71	15,87 <sub>a</sub>	17,37 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
Chorizo	SI	95,59	91,27 <sub>a</sub>	97,18 <sub>b</sub>	97,83 <sub>a,b</sub>
	NO	0,70	1,59 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
	NO LO SÉ	1,86	4,76 <sub>a</sub>	0,94 <sub>b</sub>	0,00
	NO CONTESTA	1,86	2,38 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Avellanas	SI	38,75	32,54 <sub>a</sub>	39,44 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>
	NO	26,45	27,78 <sub>a</sub>	26,76 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	16,24	19,84 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	18,56	19,84 <sub>a</sub>	17,37 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>
Chocolate	SI	81,44	77,78 <sub>a</sub>	81,22 <sub>a</sub>	86,96 <sub>a</sub>
	NO	6,26	6,35 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	6,03	7,94 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	6,26	7,94 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Cereales de desayuno	SI	4,18	5,56 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
	NO	61,48	57,94 <sub>a</sub>	64,32 <sub>a</sub>	59,78 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	10,90	15,87 <sub>a</sub>	9,39 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,43	20,63 <sub>a</sub>	23,47 <sub>a</sub>	27,17 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.110 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Huevos	SI	29,87 <sub>a</sub>	27,74 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	NO	40,26 <sub>a</sub>	42,34 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	11,69 <sub>a</sub>	13,50 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	18,18 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Arroz	SI	0,00	2,55 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	68,83 <sub>a</sub>	67,52 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO	22,08 <sub>a</sub>	23,36 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Leche	SI	41,56 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	NO	28,57 <sub>a</sub>	24,09 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	10,58 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO	20,78 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Pasteles	SI	87,01 <sub>a</sub>	86,13 <sub>a</sub>	89,13 <sub>a</sub>	85,71 <sub>a</sub>
	NO	2,60 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
	NO LO SÉ	2,60 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	NO	7,79 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Lentejas	SI	5,19 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	64,94 <sub>a</sub>	62,77 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	7,79 <sub>a</sub>	10,22 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	22,08 <sub>a</sub>	24,09 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Carne	SI	57,14 <sub>a</sub>	54,38 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	NO	18,18 <sub>a</sub>	22,26 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO	15,58 <sub>a</sub>	16,06 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Galletas	SI	50,65 <sub>a</sub>	54,01 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>	53,57 <sub>a</sub>
	NO	23,38 <sub>a</sub>	18,61 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	11,69 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	NO	14,29 <sub>a</sub>	17,52 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Chorizo	SI	93,51 <sub>a</sub>	95,99 <sub>a</sub>	97,83 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
	NO	1,30 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	2,60 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Avellanas	SI	38,96 <sub>a,b</sub>	33,58 <sub>a</sub>	56,52 <sub>b</sub>	53,57 <sub>a,b</sub>
	NO	35,06 <sub>a</sub>	27,74 <sub>a,b</sub>	10,87 <sub>b</sub>	21,43 <sub>a,b</sub>
	NO LO SÉ	11,69 <sub>a</sub>	18,25 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO	14,29 <sub>a</sub>	20,44 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Chocolate	SI	75,32 <sub>a</sub>	82,12 <sub>a</sub>	84,78 <sub>a</sub>	85,71 <sub>a</sub>
	NO	9,09 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	6,49 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	CONTESTA				
Cereales de desayuno	SI	6,49 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	NO	58,44 <sub>a</sub>	64,23 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	53,57 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	10,39 <sub>a</sub>	10,22 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO	24,68 <sub>a</sub>	22,63 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	CONTESTA				

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.111 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Huevos	SI	26,33 <sub>a</sub>	40,91 <sub>b</sub>
	NO	44,20 <sub>a</sub>	26,36 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	13,48 <sub>a</sub>	11,82 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,99 <sub>a</sub>	20,91 <sub>a</sub>
Arroz	SI	1,25 <sub>a</sub>	6,36 <sub>b</sub>
	NO	73,04 <sub>a</sub>	50,91 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	5,33 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	20,38 <sub>a</sub>	32,73 <sub>b</sub>
Leche	SI	47,96 <sub>a</sub>	45,45 <sub>a</sub>
	NO	27,59 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	8,78 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	15,67 <sub>a</sub>	24,55 <sub>b</sub>
Pasteles	SI	91,22 <sub>a</sub>	72,73 <sub>b</sub>
	NO	3,13 <sub>a</sub>	6,36 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	1,57 <sub>a</sub>	7,27 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	4,08 <sub>a</sub>	13,64 <sub>b</sub>
Lentejas	SI	2,51 <sub>a</sub>	7,27 <sub>b</sub>
	NO	69,91 <sub>a</sub>	44,55 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	7,84 <sub>a</sub>	12,73 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	19,75 <sub>a</sub>	35,45 <sub>b</sub>
Carne	SI	55,17 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
	NO	25,08 <sub>a</sub>	14,55 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	7,52 <sub>a</sub>	10,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	12,23 <sub>a</sub>	25,45 <sub>b</sub>
Galletas	SI	56,74 <sub>a</sub>	46,36 <sub>a</sub>
	NO	20,06 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	14,11 <sub>a</sub>	23,64 <sub>b</sub>
Chorizo	SI	97,49 <sub>a</sub>	90,00 <sub>b</sub>
	NO	0,94 <sub>a</sub>	0,00
	NO LO SÉ	0,63 <sub>a</sub>	5,45 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,94 <sub>a</sub>	4,55 <sub>b</sub>
Avellanas	SI	38,87 <sub>a</sub>	39,09 <sub>a</sub>
	NO	31,35 <sub>a</sub>	12,73 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	15,05 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	14,73 <sub>a</sub>	28,18 <sub>b</sub>
Chocolate	SI	83,39 <sub>a</sub>	75,45 <sub>a</sub>
	NO	6,90 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	5,33 <sub>a</sub>	8,18 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	4,39 <sub>a</sub>	11,82 <sub>b</sub>
Cereales de desayuno	SI	3,76 <sub>a</sub>	5,45 <sub>a</sub>
	NO	68,65 <sub>a</sub>	41,82 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	8,15 <sub>a</sub>	19,09 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	19,44 <sub>a</sub>	33,64 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.112 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Huevos	SI	33,97 <sub>a</sub>	25,73 <sub>a</sub>
	NO	33,01 <sub>a</sub>	47,09 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	12,92 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	20,10 <sub>a</sub>	15,05 <sub>a</sub>
Arroz	SI	3,83 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
	NO	60,29 <sub>a</sub>	75,24 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	8,13 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	27,75 <sub>a</sub>	19,90 <sub>a</sub>
Leche	SI	43,54 <sub>a</sub>	51,46 <sub>a</sub>
	NO	25,84 <sub>a</sub>	25,24 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	10,53 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	20,10 <sub>a</sub>	15,53 <sub>a</sub>
Pasteles	SI	83,73 <sub>a</sub>	88,83 <sub>a</sub>
	NO	4,31 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	3,35 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	8,61 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Lentejas	SI	5,26 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
	NO	55,50 <sub>a</sub>	71,36 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	11,48 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	27,75 <sub>a</sub>	19,90 <sub>a</sub>
Carne	SI	53,11 <sub>a</sub>	54,85 <sub>a</sub>
	NO	20,10 <sub>a</sub>	24,27 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	9,09 <sub>a</sub>	7,28 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	17,70 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
Galletas	SI	45,45 <sub>a</sub>	61,65 <sub>b</sub>
	NO	21,53 <sub>a</sub>	16,99 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	12,92 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	20,10 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
Chorizo	SI	93,30 <sub>a</sub>	98,06 <sub>b</sub>
	NO	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	3,35 <sub>a</sub>	0,49 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	2,39 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Avellanas	SI	33,97 <sub>a</sub>	44,66 <sub>b</sub>
	NO	24,40 <sub>a</sub>	28,16 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	21,05 <sub>a</sub>	11,65 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	20,57 <sub>a</sub>	15,53 <sub>a</sub>
Chocolate	SI	78,47 <sub>a</sub>	83,98 <sub>a</sub>
	NO	6,22 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	6,70 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	8,61 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Cereales de desayuno	SI	6,22 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
	NO	55,50 <sub>a</sub>	68,45 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	11,96 <sub>a</sub>	9,22 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	26,32 <sub>a</sub>	19,90 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.113 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Huevos	SI	7,42	11,90 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
	NO	37,82	38,10 <sub>a</sub>	36,15 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	30,63	31,75 <sub>a</sub>	32,86 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	24,13	18,25 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>
Aceite de oliva	SI	8,12	13,49 <sub>a</sub>	5,63 <sub>b</sub>	6,52 <sub>a,b</sub>
	NO	35,03	30,16 <sub>a</sub>	34,74 <sub>a</sub>	42,39 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	32,02	35,71 <sub>a</sub>	34,74 <sub>a</sub>	20,65 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	24,83	20,63 <sub>a</sub>	24,88 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>
Naranjas	SI	98,38	99,21 <sub>a</sub>	98,12 <sub>a</sub>	97,83 <sub>a</sub>
	NO	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	0,70	0,00	1,41 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	0,46	0,00	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pan	SI	1,62	2,38 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO	51,74	50,00 <sub>a</sub>	53,99 <sub>a</sub>	48,91 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	20,19	25,40 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	18,48 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	26,45	22,22 <sub>a</sub>	26,76 <sub>a</sub>	31,52 <sub>a</sub>
Leche	SI	12,99	23,02 <sub>a</sub>	7,98 <sub>b</sub>	10,87 <sub>a,b</sub>
	NO	42,69	35,71 <sub>a</sub>	46,48 <sub>a</sub>	43,48 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	21,81	26,98 <sub>a</sub>	21,60 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	22,51	14,29 <sub>a</sub>	23,94 <sub>a,b</sub>	30,43 <sub>b</sub>
Pimientos	SI	34,34	25,40 <sub>a</sub>	38,03 <sub>a</sub>	38,04 <sub>a</sub>
	NO	12,06	13,49 <sub>a</sub>	12,21 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	36,19	46,83 <sub>a</sub>	31,92 <sub>b</sub>	31,52 <sub>a,b</sub>
	NO CONTESTA	17,40	14,29 <sub>a</sub>	17,84 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
Mantequilla	SI	4,18	7,14 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO	43,39	36,51 <sub>a</sub>	46,48 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	27,15	34,92 <sub>a</sub>	25,35 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	25,29	21,43 <sub>a</sub>	24,41 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>
Galletas	SI	1,39	1,59 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO	48,03	42,86 <sub>a</sub>	49,77 <sub>a</sub>	51,09 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	24,36	33,33 <sub>a</sub>	23,00 <sub>a,b</sub>	15,22 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	26,22	22,22 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.114 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Huevos	SI	3,90 <sub>a</sub>	7,66 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
	NO	45,45 <sub>a</sub>	35,77 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	27,27 <sub>a</sub>	32,48 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,38 <sub>a</sub>	24,09 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Aceite de oliva	SI	9,09 <sub>a</sub>	8,03 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO	37,66 <sub>a</sub>	33,94 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	31,17 <sub>a</sub>	32,48 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	22,08 <sub>a</sub>	25,55 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Naranjas	SI	96,10 <sub>a</sub>	98,91 <sub>a</sub>	100,00	96,43 <sub>a</sub>
	NO	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	2,60 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO CONTESTA	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pan	SI	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO	59,74 <sub>a</sub>	49,27 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	14,29 <sub>a</sub>	22,63 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,38 <sub>a</sub>	26,28 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Leche	SI	7,79 <sub>a</sub>	13,50 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO	46,75 <sub>a</sub>	41,61 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	22,08 <sub>a</sub>	22,26 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,38 <sub>a</sub>	22,63 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Pimientos	SI	41,56 <sub>a</sub>	33,94 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO	11,69 <sub>a</sub>	11,31 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	33,77 <sub>a</sub>	37,23 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	12,99 <sub>a</sub>	17,52 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Mantequilla	SI	3,90 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO	46,75 <sub>a</sub>	43,07 <sub>a</sub>	43,48 <sub>a</sub>	35,71 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	28,57 <sub>a</sub>	28,47 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	20,78 <sub>a</sub>	25,55 <sub>a</sub>	26,09 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Galletas	SI	0,00	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	NO	50,65 <sub>a</sub>	47,81 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	25,97 <sub>a</sub>	24,45 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	23,38 <sub>a</sub>	25,91 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.115 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Huevos	SI	5,96 <sub>a</sub>	11,82 <sub>b</sub>
	NO	38,24 <sub>a</sub>	37,27 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	35,11 <sub>a</sub>	18,18 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	20,69 <sub>a</sub>	32,73 <sub>b</sub>
Aceite de oliva	SI	8,46 <sub>a</sub>	7,27 <sub>a</sub>
	NO	35,74 <sub>a</sub>	33,64 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	35,11 <sub>a</sub>	23,64 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	20,69 <sub>a</sub>	35,45 <sub>b</sub>
Naranjas	SI	98,75 <sub>a</sub>	97,27 <sub>a</sub>
	NO	0,31 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	0,63 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,31 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>
Pan	SI	1,57 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
	NO	53,92 <sub>a</sub>	46,36 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	22,57 <sub>a</sub>	13,64 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	21,94 <sub>a</sub>	38,18 <sub>b</sub>
Leche	SI	10,97 <sub>a</sub>	19,09 <sub>b</sub>
	NO	44,51 <sub>a</sub>	38,18 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	24,45 <sub>a</sub>	14,55 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	20,06 <sub>a</sub>	28,18 <sub>a</sub>
Pimientos	SI	34,80 <sub>a</sub>	33,64 <sub>a</sub>
	NO	11,60 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	39,50 <sub>a</sub>	27,27 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	14,11 <sub>a</sub>	25,45 <sub>b</sub>
Mantequilla	SI	1,88 <sub>a</sub>	10,91 <sub>b</sub>
	NO	46,71 <sub>a</sub>	34,55 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	30,09 <sub>a</sub>	19,09 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	21,32 <sub>a</sub>	35,45 <sub>b</sub>
Galletas	SI	1,25 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>
	NO	51,41 <sub>a</sub>	39,09 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	25,71 <sub>a</sub>	20,91 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	21,63 <sub>a</sub>	38,18 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.116 Respuesta a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C (% de gestantes). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Huevos	SI	10,05 <sub>a</sub>	3,88 <sub>b</sub>
	NO	34,45 <sub>a</sub>	42,23 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	29,67 <sub>a</sub>	32,04 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	25,84 <sub>a</sub>	21,84 <sub>a</sub>
Aceite de oliva	SI	10,05 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
	NO	29,67 <sub>a</sub>	41,26 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	32,54 <sub>a</sub>	31,07 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	27,75 <sub>a</sub>	20,87 <sub>a</sub>
Naranjas	SI	98,09 <sub>a</sub>	99,03 <sub>a</sub>
	NO	0,96 <sub>a</sub>	0,00
	NO LO SÉ	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,49 <sub>a</sub>
Pan	SI	0,96 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
	NO	46,41 <sub>a</sub>	57,28 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	22,97 <sub>a</sub>	17,96 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	29,67 <sub>a</sub>	22,82 <sub>a</sub>
Leche	SI	19,14 <sub>a</sub>	5,34 <sub>b</sub>
	NO	35,89 <sub>a</sub>	51,46 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	22,01 <sub>a</sub>	21,36 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	22,97 <sub>a</sub>	21,84 <sub>a</sub>
Pimientos	SI	26,32 <sub>a</sub>	42,23 <sub>b</sub>
	NO	14,35 <sub>a</sub>	9,71 <sub>a</sub>
	NO LO SÉ	37,80 <sub>a</sub>	34,95 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	21,53 <sub>a</sub>	13,11 <sub>b</sub>
Mantequilla	SI	7,18 <sub>a</sub>	1,46 <sub>b</sub>
	NO	36,36 <sub>a</sub>	51,46 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	28,23 <sub>a</sub>	25,73 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	28,23 <sub>a</sub>	21,36 <sub>a</sub>
Galletas	SI	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
	NO	40,67 <sub>a</sub>	56,31 <sub>b</sub>
	NO LO SÉ	27,75 <sub>a</sub>	20,87 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	29,67 <sub>a</sub>	21,84 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.117 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Calorías por unidad de peso	GRASA	58,70	46,03 <sub>a</sub>	63,85 <sub>b</sub>	64,13 <sub>b</sub>
	CARBOHIDRATOS	18,56	23,81 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
	PROTEINAS	4,64	5,56 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
	NO SABE	17,17	23,81 <sub>a</sub>	16,43 <sub>a,b</sub>	9,78 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.118 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Calorías por unidad de peso	GRASA	55,84 <sub>a</sub>	61,31 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
	CARBOHIDRATOS	20,78 <sub>a</sub>	17,15 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	PROTEINAS	3,90 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO SABE	19,48 <sub>a</sub>	17,52 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,36 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>	7,14 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.119 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes).  
Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Calorías por unidad de peso	GRASA	63,01 <sub>a</sub>	46,36 <sub>b</sub>
	CARBOHIDRATOS	20,06 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>
	PROTEINAS	2,82 <sub>a</sub>	10,00 <sub>b</sub>
	NO SABE	13,48 <sub>a</sub>	27,27 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,63 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.120 Respuesta a la pregunta: qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso (% de gestantes).  
Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Calorías por unidad de peso	GRASA	56,46 <sub>a</sub>	62,14 <sub>a</sub>
	CARBOHIDRATOS	15,31 <sub>a</sub>	22,82 <sub>a</sub>
	PROTEINAS	6,22 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
	NO SABE	20,57 <sub>a</sub>	12,14 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.121 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo	SI	94,20	91,27 <sub>a</sub>	94,84 <sub>a</sub>	96,74 <sub>a</sub>
	NO	1,86	1,59 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
	NO SABE	3,94	7,14 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,00	0,00	0,00
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre	SI	95,13	92,06 <sub>a</sub>	96,71 <sub>a</sub>	95,65 <sub>a</sub>
	NO	1,62	1,59 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
	NO SABE	3,02	5,56 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,23	0,79 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Cree que su alimentación es correcta	NO	3,32	4,10 <sub>a</sub>	3,33 <sub>a</sub>	2,22 <sub>a</sub>
	POCO	13,03	27,05 <sub>a</sub>	9,52 <sub>b</sub>	2,22 <sub>b</sub>
	BASTANTE/PODRÍA MEJORAR	68,48	52,46 <sub>a</sub>	74,29 <sub>b</sub>	76,67 <sub>b</sub>
	BASTANTE	3,08	4,10 <sub>a</sub>	2,38 <sub>a</sub>	3,33 <sub>a</sub>
	PODRÍA MEJORAR	3,79	5,74 <sub>a</sub>	2,86 <sub>a</sub>	3,33 <sub>a</sub>
	MUCHO	4,98	2,46 <sub>a</sub>	4,76 <sub>a</sub>	8,89 <sub>a</sub>
	NO SABE	2,84	3,28 <sub>a</sub>	2,38 <sub>a</sub>	3,33 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,47	0,82 <sub>a</sub>	0,48 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.122 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo	SI	93,51 <sub>a</sub>	95,62 <sub>a</sub>	86,96 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
	NO	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO SABE	5,19 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,00	0,00	0,00
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre	SI	92,21 <sub>a</sub>	95,99 <sub>a</sub>	95,65 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
	NO	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
	NO SABE	5,19 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Cree que su alimentación es correcta	NO	2,67 <sub>a,b</sub>	2,23 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	14,81 <sub>b</sub>
	POCO	8,00 <sub>a</sub>	13,75 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	18,52 <sub>a</sub>
	BASTANTE/PODRÍA MEJORAR	70,67 <sub>a</sub>	71,38 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	55,56 <sub>a</sub>
	BASTANTE	4,00 <sub>a</sub>	3,35 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	PODRÍA MEJORAR	1,33 <sub>a</sub>	3,72 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
	MUCHO	8,00 <sub>a</sub>	3,72 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
	NO SABE	4,00 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,41 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,33 <sub>a</sub>	0,37 <sub>a</sub>	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.123 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo	SI	96,24 <sub>a</sub>	88,18 <sub>b</sub>
	NO	1,57 <sub>a</sub>	2,73 <sub>a</sub>
	NO SABE	2,19 <sub>a</sub>	9,09 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,00
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre	SI	97,81 <sub>a</sub>	87,27 <sub>b</sub>
	NO	0,94 <sub>a</sub>	3,64 <sub>a</sub>
	NO SABE	1,25 <sub>a</sub>	8,18 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,91 <sub>a</sub>
Cree que su alimentación es correcta	NO	2,88 <sub>a</sub>	4,67 <sub>a</sub>
	POCO	6,39 <sub>a</sub>	32,71 <sub>b</sub>
	BASTANTE/PODRÍA MEJORAR	76,68 <sub>a</sub>	43,93 <sub>b</sub>
	BASTANTE	3,19 <sub>a</sub>	2,80 <sub>a</sub>
	PODRÍA MEJORAR	3,83 <sub>a</sub>	3,74 <sub>a</sub>
	MUCHO	4,15 <sub>a</sub>	7,48 <sub>a</sub>
	NO SABE	2,56 <sub>a</sub>	3,74 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,32 <sub>a</sub>	0,93 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.124 Respuestas a las preguntas 45, 46 y 47 (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo	SI	90,91 <sub>a</sub>	97,09 <sub>b</sub>
	NO	2,39 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
	NO SABE	6,70 <sub>a</sub>	1,46 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,00
Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre	SI	91,87 <sub>a</sub>	98,06 <sub>b</sub>
	NO	3,35 <sub>a</sub>	0,00
	NO SABE	4,31 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,48 <sub>a</sub>	0,00
Cree que su alimentación es correcta	NO	3,98 <sub>a</sub>	2,44 <sub>a</sub>
	POCO	20,40 <sub>a</sub>	5,37 <sub>b</sub>
	BASTANTE/PODRÍA MEJORAR	62,19 <sub>a</sub>	75,12 <sub>b</sub>
	BASTANTE	3,48 <sub>a</sub>	2,93 <sub>a</sub>
	PODRÍA MEJORAR	2,49 <sub>a</sub>	4,88 <sub>a</sub>
	MUCHO	2,49 <sub>a</sub>	7,32 <sub>b</sub>
	NO SABE	4,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,50 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.125 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	2,72	1,30	2,44 <sub>a</sub>	1,16	2,82 <sub>b</sub>	1,37	2,85 <sub>a,b</sub>	1,26
Verduras y hortalizas	1,96	1,20	1,87 <sub>a</sub>	1,40	2,05 <sub>a</sub>	1,20	1,84 <sub>a</sub>	0,84
Frutas	2,63	1,23	2,47 <sub>a</sub>	1,25	2,71 <sub>a</sub>	1,23	2,65 <sub>a</sub>	1,19
Lácteos	4,32	1,95	4,15 <sub>a,b</sub>	1,99	4,62 <sub>a</sub>	2,04	3,81 <sub>b</sub>	1,53
Carnes, pescados y huevos	1,30	0,53	1,36 <sub>a</sub>	0,65	1,27 <sub>a</sub>	0,46	1,30 <sub>a</sub>	0,48
Grasas y dulces	1,11	1,00	1,07 <sub>a</sub>	1,04	1,10 <sub>a</sub>	0,97	1,21 <sub>a</sub>	1,05
Bebidas no alcohólicas	0,65	1,02	0,74 <sub>a</sub>	0,99	0,62 <sub>a</sub>	1,03	0,59 <sub>a</sub>	1,05
Bebidas (con alcohol)	0,01	0,06	0,00 <sub>a</sub>	0,01	0,01 <sub>a</sub>	0,04	0,02 <sub>a</sub>	0,13

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.126 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total		<30 años		30-35 años		>35 años	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	-4,28	1,30	-4,56 <sub>a</sub>	1,16	-4,18 <sub>b</sub>	1,37	-4,15 <sub>a,b</sub>	1,26
Verduras y hortalizas	-2,04	1,20	-2,13 <sub>a</sub>	1,40	-1,95 <sub>a</sub>	1,20	-2,16 <sub>a</sub>	0,84
Frutas	-0,37	1,23	-0,53 <sub>a</sub>	1,25	-0,29 <sub>a</sub>	1,23	-0,35 <sub>a</sub>	1,19
Lácteos	1,32	1,95	1,15 <sub>a,b</sub>	1,99	1,62 <sub>a</sub>	2,04	0,81 <sub>b</sub>	1,53
Carnes, pescados y huevos	-0,70	0,53	-0,64 <sub>a</sub>	0,65	-0,73 <sub>a</sub>	0,46	-0,70 <sub>a</sub>	0,48
Bebidas no alcohólicas	-7,35	1,02	-7,26 <sub>a</sub>	0,99	-7,38 <sub>a</sub>	1,03	-7,41 <sub>a</sub>	1,05

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.127 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	2,68 <sub>a</sub>	1,11	2,76 <sub>a</sub>	1,30	2,79 <sub>a</sub>	1,65	2,50 <sub>a</sub>	1,24
Verduras y hortalizas	1,94 <sub>a</sub>	1,22	1,92 <sub>a</sub>	1,12	2,17 <sub>a</sub>	1,34	1,97 <sub>a</sub>	1,52
Frutas	2,50 <sub>a</sub>	1,11	2,68 <sub>a</sub>	1,25	2,58 <sub>a</sub>	1,31	2,65 <sub>a</sub>	1,30
Lácteos	4,47 <sub>a</sub>	2,13	4,29 <sub>a</sub>	1,81	4,05 <sub>a</sub>	2,18	4,36 <sub>a</sub>	2,10
Carnes, pescados y huevos	1,29 <sub>a</sub>	0,48	1,32 <sub>a</sub>	0,53	1,31 <sub>a</sub>	0,63	1,18 <sub>a</sub>	0,43
Grasas y dulces	1,16 <sub>a</sub>	1,04	1,12 <sub>a</sub>	1,01	0,95 <sub>a</sub>	0,78	1,16 <sub>a</sub>	1,22
Bebidas no alcohólicas	0,79 <sub>a</sub>	1,27	0,64 <sub>a</sub>	1,00	0,53 <sub>a</sub>	0,79	0,44 <sub>a</sub>	0,65
Bebidas (con alcohol)	0,01 <sub>a</sub>	0,03	0,01 <sub>a</sub>	0,08	0,00 <sub>a</sub>	0,01	0,01 <sub>a</sub>	0,03

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.128 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del IMC previo de al embarazo.**

	Bajo		Normal		Alto		Obesa	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	-4,32 <sub>a</sub>	1,11	-4,24 <sub>a</sub>	1,30	-4,21 <sub>a</sub>	1,65	-4,50 <sub>a</sub>	1,24
Verduras y hortalizas	-2,06 <sub>a</sub>	1,22	-2,08 <sub>a</sub>	1,12	-1,83 <sub>a</sub>	1,34	-2,03 <sub>a</sub>	1,52
Frutas	-0,50 <sub>a</sub>	1,11	-0,32 <sub>a</sub>	1,25	-0,42 <sub>a</sub>	1,31	-0,35 <sub>a</sub>	1,30
Lácteos	1,47 <sub>a</sub>	2,13	1,29 <sub>a</sub>	1,81	1,05 <sub>a</sub>	2,18	1,36 <sub>a</sub>	2,10
Carnes, pescados y huevos	-0,71 <sub>a</sub>	0,48	-0,68 <sub>a</sub>	0,53	-0,69 <sub>a</sub>	0,63	-0,82 <sub>a</sub>	0,43
Bebidas no alcohólicas	-7,21 <sub>a</sub>	1,27	-7,36 <sub>a</sub>	1,00	-7,47 <sub>a</sub>	0,79	-7,56 <sub>a</sub>	0,65

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.129 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	2,79 <sub>a</sub>	1,31	2,54 <sub>a</sub>	1,27
Verduras y hortalizas	1,97 <sub>a</sub>	1,20	1,93 <sub>a</sub>	1,20
Frutas	2,77 <sub>a</sub>	1,19	2,19 <sub>b</sub>	1,26
Lácteos	4,58 <sub>a</sub>	1,95	3,48 <sub>b</sub>	1,72
Carnes, pescados y huevos	1,30 <sub>a</sub>	0,49	1,32 <sub>a</sub>	0,63
Grasas y dulces	1,12 <sub>a</sub>	0,97	1,09 <sub>a</sub>	1,11
Bebidas no alcohólicas	0,62 <sub>a</sub>	1,00	0,74 <sub>a</sub>	1,09
Bebidas (con alcohol)	0,01 <sub>a</sub>	0,04	0,02 <sub>a</sub>	0,11

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.130 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española		Extranjera	
	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	-4,21 <sub>a</sub>	1,31	-4,46 <sub>a</sub>	1,27
Verduras y hortalizas	-2,03 <sub>a</sub>	1,20	-2,07 <sub>a</sub>	1,20
Frutas	-0,23 <sub>a</sub>	1,19	-0,81 <sub>b</sub>	1,26
Lácteos	1,58 <sub>a</sub>	1,95	0,48 <sub>b</sub>	1,72
Carnes, pescados y huevos	-0,70 <sub>a</sub>	0,49	-0,68 <sub>a</sub>	0,63
Bebidas no alcohólicas	-7,38 <sub>a</sub>	1,00	-7,26 <sub>a</sub>	1,09

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.131 Frecuencia que cree la gestante de consumo de alimentos en mujeres embarazadas (raciones/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	2,59 <sub>a</sub>	1,21	2,82 <sub>a</sub>	1,36
Verduras y hortalizas	1,85 <sub>a</sub>	1,15	2,03 <sub>a</sub>	1,20
Frutas	2,54 <sub>a</sub>	1,25	2,70 <sub>a</sub>	1,20
Lácteos	4,56 <sub>a</sub>	2,16	4,08 <sub>b</sub>	1,76
Carnes, pescados y huevos	1,30 <sub>a</sub>	0,57	1,29 <sub>a</sub>	0,48
Grasas y dulces	1,09 <sub>a</sub>	1,00	1,16 <sub>a</sub>	1,02
Bebidas no alcohólicas	0,76 <sub>a</sub>	1,09	0,55 <sub>b</sub>	0,95
Bebidas (con alcohol)	0,01 <sub>a</sub>	0,09	0,01 <sub>a</sub>	0,04

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.132 Discrepancia entre lo que la gestante cree de la frecuencia de consumo de alimentos en las mujeres embarazadas (raciones/día) y el mínimo marcado. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios		Estudios superiores	
	Media	DS	Media	DS
Cereales, legumbres y frutos secos	-4,41 <sub>a</sub>	1,21	-4,18	1,36
Verduras y hortalizas	-2,15 <sub>a</sub>	1,15	-1,97 <sub>a</sub>	1,20
Frutas	-0,46 <sub>a</sub>	1,25	-0,30 <sub>a</sub>	1,20
Lácteos	1,56 <sub>a</sub>	2,16	1,08 <sub>b</sub>	1,76
Carnes, pescados y huevos	-0,70 <sub>a</sub>	0,57	-0,71 <sub>a</sub>	0,48
Bebidas no alcohólicas	-7,24 <sub>a</sub>	1,09	-7,45 <sub>b</sub>	0,95

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.133 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
No se debería modificar nada	SI	5,00	5,79 <sub>a</sub>	5,74 <sub>a</sub>	2,22 <sub>a</sub>
	NO	95,00	94,21 <sub>a</sub>	94,26 <sub>a</sub>	97,78 <sub>a</sub>
Ingesta de calorías	AUMENTAR	28,32	27,19 <sub>a</sub>	30,46 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	34,34	36,84 <sub>a</sub>	34,52 <sub>a</sub>	30,68 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	24,56	18,42 <sub>a</sub>	27,92 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	12,78	17,54 <sub>a</sub>	7,11 <sub>b</sub>	19,32 <sub>a</sub>
Ingesta de sodio (sal)	AUMENTAR	6,27	6,14 <sub>a</sub>	7,11 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	65,66	60,53 <sub>a</sub>	68,53 <sub>a</sub>	65,91 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	16,29	18,42 <sub>a</sub>	16,75 <sub>a</sub>	12,50 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	11,78	14,91 <sub>a,b</sub>	7,61 <sub>a</sub>	17,05 <sub>b</sub>
Ingesta de grasa/colesterol	AUMENTAR	0,75	0,88 <sub>a</sub>	1,02 <sub>a</sub>	0,00
	DISMINUIR	78,95	70,18 <sub>a</sub>	85,79 <sub>b</sub>	75,00 <sub>a,b</sub>
	NO MODIFICAR	9,77	14,04 <sub>a</sub>	7,11 <sub>a</sub>	10,23 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	10,53	14,91 <sub>a</sub>	6,09 <sub>b</sub>	14,77 <sub>a,b</sub>
Ingesta de vit./minerales	AUMENTAR	87,72	86,84 <sub>a</sub>	86,80 <sub>a</sub>	90,91 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,00	1,75 <sub>a</sub>	0,51 <sub>a</sub>	1,14 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	6,27	4,39 <sub>a</sub>	8,63 <sub>a</sub>	3,41 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	5,01	7,02 <sub>a</sub>	4,06 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
Ingesta de líquidos	AUMENTAR	89,97	88,60 <sub>a</sub>	91,37 <sub>a</sub>	88,64 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,25	0,88 <sub>a</sub>	1,02 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	4,26	4,39 <sub>a</sub>	4,06 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	4,51	6,14 <sub>a</sub>	3,55 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>
Ingesta de fibra	AUMENTAR	87,72	85,09 <sub>a</sub>	88,32 <sub>a</sub>	89,77 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,25	1,75 <sub>a</sub>	0,51 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	6,02	5,26 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>	3,41 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	5,01	7,89 <sub>a</sub>	3,55 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.134 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
No se debería modificar nada	SI	6,67 <sub>a</sub>	4,49 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
	NO	93,33 <sub>a</sub>	95,51 <sub>a</sub>	95,65 <sub>a</sub>	96,30 <sub>a</sub>
Ingesta de calorías	AUMENTAR	31,43 <sub>a</sub>	29,80 <sub>a</sub>	22,73 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	32,86 <sub>a</sub>	34,90 <sub>a</sub>	29,55 <sub>a</sub>	38,46 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	21,43 <sub>a</sub>	24,31 <sub>a</sub>	27,27 <sub>a</sub>	34,62 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	14,29 <sub>a</sub>	10,98 <sub>a</sub>	20,45 <sub>a</sub>	11,54 <sub>a</sub>
Ingesta de sodio (sal)	AUMENTAR	1,43 <sub>a</sub>	7,06 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	71,43 <sub>a</sub>	66,27 <sub>a</sub>	59,09 <sub>a</sub>	57,69 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	8,57 <sub>a</sub>	18,04 <sub>a</sub>	18,18 <sub>a</sub>	19,23 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	18,57 <sub>a</sub>	8,63 <sub>a</sub>	13,64 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>
Ingesta de grasa/colesterol	AUMENTAR	0,00	0,78 <sub>a</sub>	0,00	3,85 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	75,71 <sub>a</sub>	81,18 <sub>a</sub>	72,73 <sub>a</sub>	73,08 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	7,14 <sub>a</sub>	10,20 <sub>a</sub>	11,36 <sub>a</sub>	11,54 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	17,14 <sub>a</sub>	7,84 <sub>a</sub>	15,91 <sub>a</sub>	11,54 <sub>a</sub>
Ingesta de vit./minerales	AUMENTAR	90,00 <sub>a</sub>	87,45 <sub>a</sub>	86,36 <sub>a</sub>	84,62 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	0,00	,78 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	5,71 <sub>a</sub>	7,45 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	4,29 <sub>a</sub>	4,31 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
Ingesta de líquidos	AUMENTAR	92,86 <sub>a</sub>	90,59 <sub>a</sub>	86,36 <sub>a</sub>	80,77 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	0,00	1,18 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	1,43 <sub>a</sub>	4,71 <sub>a</sub>	4,55 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	5,71 <sub>a</sub>	3,53 <sub>a</sub>	6,82 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>
Ingesta de fibra	AUMENTAR	82,86 <sub>a</sub>	89,41 <sub>a</sub>	88,64 <sub>a</sub>	84,62 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,43 <sub>a</sub>	0,78 <sub>a</sub>	2,27 <sub>a</sub>	3,85 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	10,00 <sub>a</sub>	6,27 <sub>a</sub>	0,00	3,85 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	5,71 <sub>a</sub>	3,53 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.135 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
No se debería modificar nada	SI	3,86 <sub>a</sub>	8,41 <sub>a</sub>
	NO	96,14 <sub>a</sub>	91,59 <sub>a</sub>
Ingesta de calorías	AUMENTAR	27,42 <sub>a</sub>	30,61 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	35,12 <sub>a</sub>	32,65 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	26,09 <sub>a</sub>	20,41 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	11,37 <sub>a</sub>	16,33 <sub>a</sub>
Ingesta de sodio (sal)	AUMENTAR	5,69 <sub>a</sub>	8,16 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	65,89 <sub>a</sub>	66,33 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	17,73 <sub>a</sub>	12,24 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	10,70 <sub>a</sub>	13,27 <sub>a</sub>
Ingesta de grasa/colesterol	AUMENTAR	0,67 <sub>a</sub>	1,02 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	82,27 <sub>a</sub>	69,39 <sub>b</sub>
	NO MODIFICAR	8,70 <sub>a</sub>	13,27 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	8,36 <sub>a</sub>	16,33 <sub>b</sub>
Ingesta de vit./minerales	AUMENTAR	89,63 <sub>a</sub>	82,65 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	0,67 <sub>a</sub>	2,04 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	6,35 <sub>a</sub>	6,12 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	3,34 <sub>a</sub>	9,18 <sub>b</sub>
Ingesta de líquidos	AUMENTAR	92,31 <sub>a</sub>	83,67 <sub>b</sub>
	DISMINUIR	1,00 <sub>a</sub>	2,04 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	4,01 <sub>a</sub>	5,10 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	2,68 <sub>a</sub>	9,18 <sub>b</sub>
Ingesta de fibra	AUMENTAR	91,64 <sub>a</sub>	76,53 <sub>b</sub>
	DISMINUIR	0,67 <sub>a</sub>	3,06 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	4,01 <sub>a</sub>	12,24 <sub>b</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	3,68 <sub>a</sub>	8,16 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.136 Respuesta a la pregunta: Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
No se debería modificar nada	SI	8,50 <sub>a</sub>	1,46 <sub>b</sub>
	NO	91,50 <sub>a</sub>	98,54 <sub>b</sub>
Ingesta de calorías	AUMENTAR	20,77 <sub>a</sub>	34,16 <sub>b</sub>
	DISMINUIR	46,45 <sub>a</sub>	24,26 <sub>b</sub>
	NO MODIFICAR	19,13 <sub>a</sub>	30,20 <sub>b</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	13,66 <sub>a</sub>	11,39 <sub>a</sub>
Ingesta de sodio (sal)	AUMENTAR	6,01 <sub>a</sub>	6,93 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	65,57 <sub>a</sub>	64,85 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	14,21 <sub>a</sub>	18,32 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	14,21 <sub>a</sub>	9,90 <sub>a</sub>
Ingesta de grasa/colesterol	AUMENTAR	0,55 <sub>a</sub>	0,99 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	78,14 <sub>a</sub>	80,20 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	8,20 <sub>a</sub>	10,89 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	13,11 <sub>a</sub>	7,92 <sub>a</sub>
Ingesta de vit./minerales	AUMENTAR	84,70 <sub>a</sub>	90,10 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,09 <sub>a</sub>	0,99 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	7,10 <sub>a</sub>	5,94 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	7,10 <sub>a</sub>	2,97 <sub>a</sub>
Ingesta de líquidos	AUMENTAR	89,07 <sub>a</sub>	91,09 <sub>a</sub>
	DISMINUIR	1,09 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	4,92 <sub>a</sub>	3,47 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	4,92 <sub>a</sub>	3,96 <sub>a</sub>
Ingesta de fibra	AUMENTAR	83,61 <sub>a</sub>	92,08 <sub>b</sub>
	DISMINUIR	0,55 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>
	NO MODIFICAR	6,56 <sub>a</sub>	5,45 <sub>a</sub>
	NO SABE/NO CONTESTA	9,29 <sub>a</sub>	0,99 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.137 Respuesta a las siguientes afirmaciones (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
El aceite de oliva tiene colesterol	VERDADERO	23,02	27,78 <sub>a</sub>	19,81 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
	FALSO	62,33	48,41 <sub>a</sub>	68,87 <sub>b</sub>	66,30 <sub>b</sub>
	NO SABE	13,02	20,63 <sub>a</sub>	10,38 <sub>b</sub>	8,70 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,63	3,17 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne.	VERDADERO	63,72	68,25 <sub>a</sub>	59,43 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>
	FALSO	19,07	15,87 <sub>a</sub>	19,81 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>
	NO SABE	15,81	15,08 <sub>a,b</sub>	20,28 <sub>a</sub>	6,52 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,40	0,79 <sub>a,b</sub>	0,47 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>
La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.	VERDADERO	50,00	50,79 <sub>a</sub>	47,64 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>
	FALSO	26,74	19,05 <sub>a</sub>	28,77 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>
	NO SABE	21,40	26,98 <sub>a</sub>	22,17 <sub>a,b</sub>	11,96 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,86	3,17 <sub>a</sub>	1,42 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad.	VERDADERO	63,49	67,46 <sub>a</sub>	64,15 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>
	FALSO	29,07	23,81 <sub>a</sub>	30,66 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>
	NO SABE	7,21	8,73 <sub>a</sub>	5,19 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,23	0,00	0,00	1,09 <sub>a</sub>
La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto.	VERDADERO	83,49	72,22 <sub>a</sub>	87,74 <sub>b</sub>	89,13 <sub>b</sub>
	FALSO	8,60	13,49 <sub>a</sub>	7,55 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	NO SABE	6,51	12,70 <sub>a</sub>	4,25 <sub>b</sub>	3,26 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,40	1,59 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C.	VERDADERO	57,91	48,41 <sub>a</sub>	64,15 <sub>b</sub>	56,52 <sub>a,b</sub>
	FALSO	5,81	8,73 <sub>a</sub>	3,77 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
	NO SABE	34,42	40,48 <sub>a</sub>	30,66 <sub>a</sub>	34,78 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,86	2,38 <sub>a</sub>	1,42 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere.	VERDADERO	18,60	23,81 <sub>a</sub>	16,51 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
	FALSO	57,21	42,86 <sub>a</sub>	63,21 <sub>b</sub>	63,04 <sub>b</sub>
	NO SABE	20,70	29,37 <sub>a</sub>	17,45 <sub>b</sub>	16,30 <sub>a,b</sub>
	NO CONTESTA	3,49	3,97 <sub>a</sub>	2,83 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal.	VERDADERO	20,00	19,84 <sub>a</sub>	20,75 <sub>a</sub>	18,48 <sub>a</sub>
	FALSO	23,49	18,25 <sub>a</sub>	24,06 <sub>a</sub>	29,35 <sub>a</sub>
	NO SABE	53,02	58,73 <sub>a</sub>	52,36 <sub>a</sub>	46,74 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	3,49	3,17 <sub>a</sub>	2,83 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo.	VERDADERO	72,09	57,94 <sub>a</sub>	75,00 <sub>b</sub>	84,78 <sub>b</sub>
	FALSO	4,19	4,76 <sub>a</sub>	5,19 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	NO SABE	20,93	33,33 <sub>a</sub>	18,40 <sub>b</sub>	9,78 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	2,79	3,97 <sub>a</sub>	1,42 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
La embarazada debe comer por dos.	VERDADERO	5,81	12,70 <sub>a</sub>	2,36 <sub>b</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>
	FALSO	93,49	86,51 <sub>a</sub>	97,17 <sub>b</sub>	94,57 <sub>a,b</sub>
	NO SABE	0,23	0,79 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO CONTESTA	0,47	0,00	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.138 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
El aceite de oliva tiene colesterol	VERDADERO	31,17 <sub>a</sub>	20,15 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	32,14 <sub>a</sub>
	FALSO	57,14 <sub>a</sub>	64,47 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	57,14 <sub>a</sub>
	NO SABE	10,39 <sub>a</sub>	13,92 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,30 <sub>a</sub>	1,47 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne.	VERDADERO	50,65 <sub>a</sub>	66,30 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
	FALSO	27,27 <sub>a</sub>	18,32 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	NO SABE	20,78 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,30 <sub>a</sub>	1,10 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.	VERDADERO	45,45 <sub>a</sub>	50,18 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	53,57 <sub>a</sub>
	FALSO	33,77 <sub>a</sub>	27,11 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO SABE	19,48 <sub>a</sub>	21,25 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,30 <sub>a</sub>	1,47 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad.	VERDADERO	55,84 <sub>a</sub>	63,74 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>	82,14 <sub>a</sub>
	FALSO	36,36 <sub>a</sub>	28,94 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO SABE	7,79 <sub>a</sub>	7,33 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	0,00	2,17 <sub>a</sub>	0,00
La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto.	VERDADERO	79,22 <sub>a</sub>	85,71 <sub>a</sub>	82,61 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
	FALSO	12,99 <sub>a</sub>	8,06 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO SABE	6,49 <sub>a</sub>	5,86 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,30 <sub>a,b</sub>	0,37 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	7,14 <sub>b</sub>
El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C.	VERDADERO	64,94 <sub>a</sub>	55,68 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
	FALSO	5,19 <sub>a</sub>	6,59 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO SABE	29,87 <sub>a</sub>	36,26 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,00	1,47 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere.	VERDADERO	20,78 <sub>a</sub>	18,68 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
	FALSO	54,55 <sub>a</sub>	58,24 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
	NO SABE	22,08 <sub>a</sub>	20,88 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,60 <sub>a</sub>	2,20 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal.	VERDADERO	14,29 <sub>a</sub>	21,98 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	FALSO	24,68 <sub>a</sub>	24,54 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	NO SABE	58,44 <sub>a</sub>	50,55 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,60 <sub>a</sub>	2,93 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo.	VERDADERO	77,92 <sub>a</sub>	74,36 <sub>a</sub>	58,70 <sub>a</sub>	53,57 <sub>a</sub>
	FALSO	7,79 <sub>a</sub>	3,30 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	NO SABE	11,69 <sub>a</sub>	21,25 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,60 <sub>a,b</sub>	1,10 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a,b</sub>	14,29 <sub>b</sub>
La embarazada debe comer por dos.	VERDADERO	3,90 <sub>a</sub>	5,86 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
	FALSO	96,10 <sub>a</sub>	93,41 <sub>a</sub>	95,65 <sub>a</sub>	82,14 <sub>a</sub>
	NO SABE	0,00	0,37 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	NO CONTESTA	0,00	0,37 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.139 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
El aceite de oliva tiene colesterol	VERDADERO	20,44 <sub>a</sub>	30,91 <sub>b</sub>
	FALSO	68,24 <sub>a</sub>	45,45 <sub>b</sub>
	NO SABE	10,69 <sub>a</sub>	19,09 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,63 <sub>a</sub>	4,55 <sub>b</sub>
Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne.	VERDADERO	64,78 <sub>a</sub>	60,91 <sub>a</sub>
	FALSO	20,13 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>
	NO SABE	14,15 <sub>a</sub>	20,00 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,94 <sub>a</sub>	2,73 <sub>a</sub>
La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.	VERDADERO	52,20 <sub>a</sub>	44,55 <sub>a</sub>
	FALSO	26,73 <sub>a</sub>	27,27 <sub>a</sub>
	NO SABE	20,13 <sub>a</sub>	23,64 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,94 <sub>a</sub>	4,55 <sub>b</sub>
Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad.	VERDADERO	59,43 <sub>a</sub>	76,36 <sub>b</sub>
	FALSO	33,33 <sub>a</sub>	15,45 <sub>b</sub>
	NO SABE	6,92 <sub>a</sub>	8,18 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,31 <sub>a</sub>	0,00
La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto.	VERDADERO	89,31 <sub>a</sub>	67,27 <sub>b</sub>
	FALSO	5,97 <sub>a</sub>	15,45 <sub>b</sub>
	NO SABE	3,77 <sub>a</sub>	14,55 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	0,94 <sub>a</sub>	2,73 <sub>a</sub>
El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C.	VERDADERO	59,12 <sub>a</sub>	55,45 <sub>a</sub>
	FALSO	4,72 <sub>a</sub>	9,09 <sub>a</sub>
	NO SABE	34,91 <sub>a</sub>	31,82 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,26 <sub>a</sub>	3,64 <sub>a</sub>
En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere.	VERDADERO	14,78 <sub>a</sub>	29,09 <sub>b</sub>
	FALSO	66,67 <sub>a</sub>	30,91 <sub>b</sub>
	NO SABE	16,98 <sub>a</sub>	30,91 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,57 <sub>a</sub>	9,09 <sub>b</sub>
El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal.	VERDADERO	21,70 <sub>a</sub>	15,45 <sub>a</sub>
	FALSO	23,58 <sub>a</sub>	22,73 <sub>a</sub>
	NO SABE	53,14 <sub>a</sub>	52,73 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	1,57 <sub>a</sub>	9,09 <sub>b</sub>
La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo.	VERDADERO	77,67 <sub>a</sub>	56,36 <sub>b</sub>
	FALSO	3,46 <sub>a</sub>	5,45 <sub>a</sub>
	NO SABE	17,61 <sub>a</sub>	30,91 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,26 <sub>a</sub>	7,27 <sub>b</sub>
La embarazada debe comer por dos.	VERDADERO	0,94 <sub>a</sub>	20,00 <sub>b</sub>
	FALSO	98,74 <sub>a</sub>	78,18 <sub>b</sub>
	NO SABE	0,00	0,91 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,31 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.140 Respuesta a la pregunta 50 (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
El aceite de oliva tiene colesterol	VERDADERO	20,10 <sub>a</sub>	26,21 <sub>a</sub>
	FALSO	62,68 <sub>a</sub>	63,11 <sub>a</sub>
	NO SABE	14,83 <sub>a</sub>	10,19 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,39 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne.	VERDADERO	70,33 <sub>a</sub>	56,31 <sub>b</sub>
	FALSO	12,44 <sub>a</sub>	27,18 <sub>b</sub>
	NO SABE	16,27 <sub>a</sub>	15,05 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.	VERDADERO	52,15 <sub>a</sub>	47,57 <sub>a</sub>
	FALSO	22,01 <sub>a</sub>	31,55 <sub>b</sub>
	NO SABE	22,97 <sub>a</sub>	20,39 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,87 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad.	VERDADERO	65,55 <sub>a</sub>	62,14 <sub>a</sub>
	FALSO	25,84 <sub>a</sub>	31,07 <sub>a</sub>
	NO SABE	8,13 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,48 <sub>a</sub>	0,00
La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto.	VERDADERO	76,08 <sub>a</sub>	91,26 <sub>b</sub>
	FALSO	11,48 <sub>a</sub>	4,85 <sub>b</sub>
	NO SABE	10,53 <sub>a</sub>	2,91 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C.	VERDADERO	53,11 <sub>a</sub>	64,08 <sub>b</sub>
	FALSO	7,66 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
	NO SABE	36,36 <sub>a</sub>	31,55 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	2,87 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere.	VERDADERO	23,92 <sub>a</sub>	13,59 <sub>b</sub>
	FALSO	42,58 <sub>a</sub>	72,82 <sub>b</sub>
	NO SABE	29,19 <sub>a</sub>	12,14 <sub>b</sub>
	NO CONTESTA	4,31 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal.	VERDADERO	23,44 <sub>a</sub>	16,50 <sub>a</sub>
	FALSO	20,57 <sub>a</sub>	26,21 <sub>a</sub>
	NO SABE	51,67 <sub>a</sub>	55,83 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	4,31 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo.	VERDADERO	66,51 <sub>a</sub>	78,64 <sub>b</sub>
	FALSO	4,78 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
	NO SABE	24,40 <sub>a</sub>	17,48 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	4,31 <sub>a</sub>	0,49 <sub>b</sub>
La embarazada debe comer por dos.	VERDADERO	10,05 <sub>a</sub>	1,46 <sub>b</sub>
	FALSO	88,52 <sub>a</sub>	98,54 <sub>b</sub>
	NO SABE	0,48 <sub>a</sub>	0,00
	NO CONTESTA	0,96 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.141 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Verduras	58,80	51,97 <sub>a</sub>	60,09 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>
Pescados	46,30	49,61 <sub>a</sub>	46,95 <sub>a</sub>	40,22 <sub>a</sub>
Frutas	63,66	63,78 <sub>a</sub>	61,50 <sub>a</sub>	68,48 <sub>a</sub>
Kiwi	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Yogur	3,70	4,72 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Legumbres	13,43	17,32 <sub>a</sub>	9,39 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
Naranja	6,48	5,51 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Leche	28,94	28,35 <sub>a</sub>	31,46 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
Tomate	4,40	5,51 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Pasta	3,24	2,36 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Lácteos	4,40	3,15 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Hortalizas	2,08	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Carne	13,89	14,17 <sub>a</sub>	13,62 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>
Pollo	1,85	0,79 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Cereales	8,80	5,51 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Manzana	1,62	0,79 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	0,00
Espinacas	4,17	2,36 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Huevo	2,55	1,57 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Lentejas	4,40	7,09 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Queso	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Agua	1,39	3,15 <sub>a</sub>	0,00	2,17 <sub>a</sub>
Pan	2,78	3,94 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Sardinas	1,39	0,00	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Lechuga	1,62	0,00	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Arroz	1,62	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	0,00
Judías verdes	,93	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Aceite de oliva	1,62	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Fibra	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Soja y derivados	0,69	0,00	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Otros	5,09	7,09 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.142 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%).**  
**Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Vitaminas	41,44	36,22 <sub>a</sub>	43,19 <sub>a</sub>	44,57 <sub>a</sub>
Buena digestión	3,47	4,72 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Nutrientes necesarios	9,26	7,09 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
Fibra	7,87	4,72 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a,b</sub>	14,13 <sub>b</sub>
Calcio	11,34	11,81 <sub>a</sub>	11,27 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Beneficiosos para el cuerpo	11,57	18,90 <sub>a</sub>	9,39 <sub>b</sub>	6,52 <sub>b</sub>
Alimentan	3,47	3,94 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
No engordan	3,24	6,30 <sub>a</sub>	1,41 <sub>b</sub>	3,26 <sub>a,b</sub>
Naturales	1,62	0,00	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Muchos nutrientes	4,17	3,15 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Poca grasa	8,10	8,66 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Hierro	8,33	9,45 <sub>a</sub>	8,92 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Evitan el estreñimiento	1,16	0,00	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Proteínas	10,19	8,66 <sub>a</sub>	11,74 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	2,78	1,57 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
No tienen grasas	4,86	3,94 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Pocas calorías	1,85	2,36 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Minerales	5,56	3,94 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Tipo de grasa	2,55	2,36 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Vitamina C	2,55	1,57 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	0,00
Omega 3	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Energía	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Otros	5,09	7,09 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.143 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Verduras	63,64 <sub>a</sub>	56,20 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>	60,71 <sub>a</sub>
Pescados	49,35 <sub>a</sub>	46,72 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
Frutas	67,53 <sub>a</sub>	61,68 <sub>a</sub>	63,04 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
Kiwi	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Yogur	6,49 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Legumbres	6,49 <sub>a</sub>	14,60 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Naranja	6,49 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Leche	24,68 <sub>a</sub>	30,29 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
Tomate	6,49 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Pasta	7,79 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Lácteos	3,90 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Hortalizas	2,60 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Carne	7,79 <sub>a</sub>	17,15 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Pollo	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Cereales	10,39 <sub>a</sub>	9,12 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Manzana	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Espinacas	6,49 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Huevo	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Lentejas	7,79 <sub>a,b</sub>	2,19 <sub>a</sub>	10,87 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>
Queso	2,60 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Agua	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pan	1,30 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Sardinas	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Lechuga	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Arroz	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Judías verdes	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Aceite de oliva	2,60 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Fibra	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Soja y derivados	0,00	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Otros	3,90 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.144 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%).**  
**Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Vitaminas	46,75 <sub>a</sub>	40,88 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Buena digestión	1,30 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Nutrientes necesarios	3,90 <sub>a</sub>	11,31 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Fibra	11,69 <sub>a</sub>	6,93 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Calcio	9,09 <sub>a</sub>	13,14 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Beneficiosos para el cuerpo	11,69 <sub>a</sub>	10,22 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Alimentan	2,60 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
No engordan	1,30 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Naturales	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Muchos nutrientes	5,19 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Poca grasa	7,79 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Hierro	5,19 <sub>a</sub>	9,85 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Evitan el estreñimiento	0,00	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Proteínas	10,39 <sub>a</sub>	10,58 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	2,60 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
No tienen grasas	6,49 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Pocas calorías	2,60 <sub>a,b</sub>	0,73 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	7,14 <sub>b</sub>
Minerales	5,19 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Tipo de grasa	6,49 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Vitamina C	5,19 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Omega 3	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Energía	0,00	0,73 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Otros	7,79 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.145 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Verduras	63,32 <sub>a</sub>	45,95 <sub>b</sub>
Pescados	44,51 <sub>a</sub>	51,35 <sub>a</sub>
Frutas	65,52 <sub>a</sub>	58,56 <sub>a</sub>
Kiwi	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Yogur	3,13 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>
Legumbres	14,11 <sub>a</sub>	11,71 <sub>a</sub>
Naranja	6,27 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Leche	27,59 <sub>a</sub>	32,43 <sub>a</sub>
Tomate	5,02 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Pasta	3,76 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Lácteos	5,02 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Hortalizas	1,88 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Carne	11,60 <sub>a</sub>	19,82 <sub>b</sub>
Pollo	1,88 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Cereales	8,15 <sub>a</sub>	10,81 <sub>a</sub>
Manzana	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Espinacas	3,13 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Huevo	1,57 <sub>a</sub>	5,41 <sub>b</sub>
Lentejas	4,39 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Queso	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Agua	1,25 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pan	2,82 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Sardinas	1,25 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Lechuga	2,19 <sub>a</sub>	0,00
Arroz	1,25 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Judías verdes	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Aceite de oliva	2,19 <sub>a</sub>	0,00
Fibra	0,63 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Soja y derivados	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Otros	5,02 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.146 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%).**  
**Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Vitaminas	42,63 <sub>a</sub>	37,84 <sub>a</sub>
Buena digestión	3,76 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Nutrientes necesarios	10,03 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Fibra	9,09 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Calcio	10,97 <sub>a</sub>	12,61 <sub>a</sub>
Beneficiosos para el cuerpo	10,66 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>
Alimentan	2,19 <sub>a</sub>	7,21 <sub>b</sub>
No engordan	2,82 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Naturales	1,25 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Muchos nutrientes	4,08 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Poca grasa	9,72 <sub>a</sub>	3,60 <sub>b</sub>
Hierro	6,90 <sub>a</sub>	12,61 <sub>a</sub>
Evitan el estreñimiento	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Proteínas	11,29 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	3,45 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
No tienen grasas	5,96 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pocas calorías	1,88 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Minerales	4,08 <sub>a</sub>	9,91 <sub>b</sub>
Tipo de grasa	2,82 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Vitamina C	1,57 <sub>a</sub>	5,41 <sub>b</sub>
Omega 3	0,94 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Energía	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Otros	4,70 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.147 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Verduras	58,85 <sub>a</sub>	59,71 <sub>a</sub>
Pescados	48,80 <sub>a</sub>	45,15 <sub>a</sub>
Frutas	65,07 <sub>a</sub>	63,11 <sub>a</sub>
Kiwi	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Yogur	4,31 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Legumbres	17,22 <sub>a</sub>	10,19 <sub>b</sub>
Naranja	3,35 <sub>a</sub>	10,19 <sub>b</sub>
Leche	28,23 <sub>a</sub>	29,61 <sub>a</sub>
Tomate	2,39 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Pasta	4,78 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Lácteos	6,22 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Hortalizas	2,87 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Carne	12,92 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
Pollo	1,91 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Cereales	4,78 <sub>a</sub>	13,11 <sub>b</sub>
Manzana	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Espinacas	3,35 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Huevo	2,87 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Lentejas	3,35 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Queso	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Agua	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pan	1,91 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Sardinas	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Lechuga	2,39 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Arroz	0,96 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Judías verdes	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Aceite de oliva	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Fibra	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Soja y derivados	0,00	1,46 <sub>a</sub>
Otros	4,78 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.148 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera sanos (%).**  
**Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Vitaminas	36,84 <sub>a</sub>	49,51 <sub>b</sub>
Buena digestión	5,26 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Nutrientes necesarios	6,70 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
Fibra	5,74 <sub>a</sub>	10,68 <sub>a</sub>
Calcio	10,05 <sub>a</sub>	13,11 <sub>a</sub>
Beneficiosos para el cuerpo	16,27 <sub>a</sub>	7,77 <sub>b</sub>
Alimentan	4,31 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
No engordan	3,35 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Naturales	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Muchos nutrientes	4,78 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Poca grasa	5,26 <sub>a</sub>	10,68 <sub>b</sub>
Hierro	6,70 <sub>a</sub>	9,71 <sub>a</sub>
Evitan el estreñimiento	0,00	2,43 <sub>a</sub>
Proteínas	7,18 <sub>a</sub>	14,08 <sub>b</sub>
Hidratos de carbono	1,44 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
No tienen grasas	7,66 <sub>a</sub>	2,43 <sub>b</sub>
Pocas calorías	1,44 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Minerales	2,87 <sub>a</sub>	8,74 <sub>b</sub>
Tipo de grasa	1,91 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Vitamina C	0,48 <sub>a</sub>	4,85 <sub>b</sub>
Omega 3	0,48 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Energía	0,00	1,94 <sub>a</sub>
Otros	5,26 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.149 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Bollos, dulces, pasteles	64,58	58,27 <sub>a</sub>	66,20 <sub>a</sub>	69,57 <sub>a</sub>
Chocolate	2,78	4,72 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Alcohol	22,69	21,26 <sub>a</sub>	21,60 <sub>a</sub>	27,17 <sub>a</sub>
Embutido	16,20	8,66 <sub>a</sub>	19,72 <sub>b</sub>	18,48 <sub>a,b</sub>
Chorizo	7,64	5,51 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Comida rápida	1,39	0,00	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Fritos	12,50	15,75 <sub>a</sub>	9,86 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>
Precocinados	5,56	3,15 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Grasa	26,16	23,62 <sub>a</sub>	25,35 <sub>a</sub>	31,52 <sub>a</sub>
Grasas animales	2,55	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Grasa saturada	3,94	2,36 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Tocino	2,08	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Panceta	1,62	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	0,00
Aceites	3,01	3,15 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Mantequilla	4,63	2,36 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Huevos	2,78	4,72 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	0,00
Carnes	3,94	7,09 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	0,00
Carne roja	2,55	,79 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Carne de cerdo	1,62	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Carnes grasas	3,24	0,79 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Carnes crudas	1,62	3,15 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Azúcares	4,17	6,30 <sub>a</sub>	1,41 <sub>b</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Pan	2,78	6,30 <sub>a</sub>	1,41 <sub>b</sub>	1,09 <sub>a,b</sub>
Café	2,31	2,36 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Cafeína	3,70	4,72 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Tabaco	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Sal	4,17	7,87 <sub>a</sub>	1,88 <sub>b</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>
Ninguno	1,85	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Bebidas gaseosas	2,78	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Picante	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Patatas fritas	1,39	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Hamburguesas	1,85	2,36 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Pizza	1,16	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Bebidas azucaradas	0,93	0,00	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Otros	10,88	13,39 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.150 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Bollos, dulces, pasteles	59,74 <sub>a</sub>	66,06 <sub>a</sub>	60,87 <sub>a</sub>	78,57 <sub>a</sub>
Chocolate	0,00	2,55 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Alcohol	29,87 <sub>a</sub>	20,80 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
Embutido	19,48 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Chorizo	11,69 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Comida rápida	1,30 <sub>a,b</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>	7,14 <sub>b</sub>
Fritos	10,39 <sub>a</sub>	14,23 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Precocinados	3,90 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Grasa	25,97 <sub>a</sub>	25,55 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
Grasas animales	5,19 <sub>a,b</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	10,71 <sub>b</sub>
Grasa saturada	2,60 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Tocino	3,90 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Panceta	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Aceites	5,19 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Mantequilla	5,19 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Huevos	3,90 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Carnes	1,30 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Carne roja	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Carne de cerdo	0,00	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Carnes grasas	1,30 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Carnes crudas	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Azúcares	6,49 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Pan	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>	14,29 <sub>b</sub>
Café	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Cafeína	5,19 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	0,00
Tabaco	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Sal	6,49 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Ninguno	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Bebidas gaseosas	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Picante	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Patatas fritas	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Hamburguesas	0,00	2,55 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Pizza	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	5,19 <sub>a</sub>	10,22 <sub>a,b</sub>	21,74 <sub>b</sub>	14,29 <sub>a,b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.151 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Bollos, dulces, pasteles	73,04 <sub>a</sub>	39,64 <sub>b</sub>
Chocolate	2,19 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Alcohol	24,76 <sub>a</sub>	17,12 <sub>a</sub>
Embutido	17,87 <sub>a</sub>	11,71 <sub>a</sub>
Chorizo	6,27 <sub>a</sub>	11,71 <sub>a</sub>
Comida rápida	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Fritos	12,54 <sub>a</sub>	12,61 <sub>a</sub>
Precocinados	7,21 <sub>a</sub>	0,90 <sub>b</sub>
Grasa	25,08 <sub>a</sub>	28,83 <sub>a</sub>
Grasas animales	3,45 <sub>a</sub>	0,00
Grasa saturada	3,76 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Tocino	2,51 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Panceta	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Aceites	2,19 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Mantequilla	5,33 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Huevos	2,82 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Carnes	4,08 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Carne roja	2,51 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Carne de cerdo	0,63 <sub>a</sub>	4,50 <sub>b</sub>
Carnes grasas	3,76 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Carnes crudas	1,57 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Azúcares	2,51 <sub>a</sub>	9,01 <sub>b</sub>
Pan	0,63 <sub>a</sub>	9,01 <sub>b</sub>
Café	2,82 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Cafeína	4,08 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Tabaco	1,25 <sub>a</sub>	,90 <sub>a</sub>
Sal	2,51 <sub>a</sub>	9,01 <sub>b</sub>
Ninguno	2,19 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Bebidas gaseosas	1,57 <sub>a</sub>	6,31 <sub>b</sub>
Picante	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Patatas fritas	0,94 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Hamburguesas	1,88 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pizza	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Bebidas azucaradas	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Otros	9,72 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.152 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que considere perjudiciales (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Bollos, dulces, pasteles	64,11 <sub>a</sub>	66,99 <sub>a</sub>
Chocolate	3,83 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Alcohol	19,14 <sub>a</sub>	26,21 <sub>a</sub>
Embutido	17,70 <sub>a</sub>	15,53 <sub>a</sub>
Chorizo	7,66 <sub>a</sub>	7,28 <sub>a</sub>
Comida rápida	0,96 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Fritos	9,57 <sub>a</sub>	16,50 <sub>b</sub>
Precocinados	4,31 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Grasa	29,19 <sub>a</sub>	23,30 <sub>a</sub>
Grasas animales	2,39 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Grasa saturada	2,39 <sub>a</sub>	5,83 <sub>a</sub>
Tocino	2,87 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Panceta	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Aceites	1,91 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Mantequilla	2,39 <sub>a</sub>	7,28 <sub>b</sub>
Huevos	3,83 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Carnes	5,26 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Carne roja	2,39 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Carne de cerdo	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Carnes grasas	1,44 <sub>a</sub>	5,34 <sub>b</sub>
Carnes crudas	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Azúcares	3,35 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>
Pan	3,83 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Café	2,87 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Cafeína	3,35 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Tabaco	1,91 <sub>a</sub>	0,00
Sal	3,35 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Ninguno	1,44 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Bebidas gaseosas	1,91 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Picante	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Patatas fritas	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Hamburguesas	2,39 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pizza	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Bebidas azucaradas	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Otros	10,05 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.153 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%).  
Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Grasas saturadas	4,40	2,36 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Grasas animales	0,46	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	0,00
Muchas grasas	27,78	24,41 <sub>a</sub>	30,99 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Colesterol	18,52	13,39 <sub>a</sub>	20,66 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
Malos para la salud	13,19	12,60 <sub>a</sub>	13,62 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>
Sobrepeso, engordan	10,19	15,75 <sub>a</sub>	5,63 <sub>b</sub>	13,04 <sub>a,b</sub>
Indigestos	2,78	3,94 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes	6,02	3,15 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
No alimentan	1,62	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	0,00
Calorías	6,25	3,94 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
Pocas vitaminas	1,39	2,36 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Por el azúcar	2,78	3,15 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
En gran cantidad	3,47	3,94 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Suben la tensión	1,39	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Por los conservantes	1,62	,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Afectan al niño	2,08	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Por la cafeína	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Otros	4,40	5,51 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.154 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%).  
Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Grasas saturadas	6,49 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Grasas animales	0,00	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Muchas grasas	23,38 <sub>a</sub>	27,74 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Colesterol	23,38 <sub>a</sub>	16,42 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Malos para la salud	15,58 <sub>a</sub>	12,41 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Sobrepeso, engordan	7,79 <sub>a</sub>	10,95 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Indigestos	0,00	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes	3,90 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
No alimentan	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Calorías	11,69 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Pocas vitaminas	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Por el azúcar	3,90 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	0,00	0,00
En gran cantidad	0,00	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Suben la tensión	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Por los conservantes	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Afectan al niño	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Por la cafeína	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	5,19 <sub>a</sub>	3,28 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.155 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%).  
Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Grasas saturadas	5,02 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Grasas animales	0,63 <sub>a</sub>	0,00
Muchas grasas	29,15 <sub>a</sub>	24,32 <sub>a</sub>
Colesterol	18,81 <sub>a</sub>	18,02 <sub>a</sub>
Malos para la salud	12,85 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>
Sobrepeso, engordan	8,78 <sub>a</sub>	14,41 <sub>a</sub>
Indigestos	3,13 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes	6,58 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
No alimentan	2,19 <sub>a</sub>	0,00
Calorías	7,52 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Pocas vitaminas	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Por el azúcar	2,19 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
En gran cantidad	3,76 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Suben la tensión	0,94 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Por los conservantes	1,57 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Afectan al niño	1,88 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Por la cafeína	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Otros	3,76 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.156 Respuesta a la pregunta: Por qué los considera perjudiciales (%).  
Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Grasas saturadas	4,78 <sub>a</sub>	4,37 <sub>a</sub>
Grasas animales	0,96 <sub>a</sub>	0,00
Muchas grasas	26,79 <sub>a</sub>	29,61 <sub>a</sub>
Colesterol	18,66 <sub>a</sub>	19,90 <sub>a</sub>
Malos para la salud	13,88 <sub>a</sub>	13,59 <sub>a</sub>
Sobrepeso, engordan	12,44 <sub>a</sub>	8,25 <sub>a</sub>
Indigestos	2,39 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes	3,35 <sub>a</sub>	9,22 <sub>b</sub>
No alimentan	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Calorías	2,87 <sub>a</sub>	10,19 <sub>b</sub>
Pocas vitaminas	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Por el azúcar	2,87 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
En gran cantidad	3,83 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Suben la tensión	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Por los conservantes	0,00	3,40 <sub>a</sub>
Afectan al niño	2,87 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Por la cafeína	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Otros	2,39 <sub>a</sub>	6,80 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.157 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Bollos,dulces	53,47	42,52 <sub>a</sub>	59,62 <sub>b</sub>	54,35 <sub>a,b</sub>
Embutido	25,69	20,47 <sub>a</sub>	29,58 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
Chorizo	2,78	3,15 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Cerdo	1,85	3,15 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Patés	1,85	2,36 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Carnes	6,48	3,94 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Carnes rojas	1,16	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Carnes grasas	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Carnes crudas	6,48	6,30 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Alimentos crudos	1,62	2,36 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Verdura sin lavar	1,39	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Picantes	1,39	0,00	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Grasas	25,93	24,41 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>
Grasa Animal	2,55	0,79 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Fritos	8,10	10,24 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Arroz	2,08	3,94 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Huevos	5,09	7,09 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Queso	2,31	0,79 <sub>a</sub>	3,76 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Alcohol	21,06	22,05 <sub>a</sub>	18,78 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Pasta	2,55	2,36 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Hamburguesas	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Pizza	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Cafeína	6,48	8,66 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Café	5,32	3,15 <sub>a</sub>	7,04 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Colas	1,62	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	3,24	2,36 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Pescados crudos	1,85	0,79 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Chocolate	2,55	3,94 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Sal	6,02	8,66 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Mantequilla	2,31	0,79 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Jamón	1,62	3,94 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Frutos secos	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Excitantes	0,93	0,00	0,47 <sub>a</sub>	3,26 <sub>b</sub>
Pan	7,41	9,45 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	1,85	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Azúcar	4,63	3,94 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Tabaco	1,39	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Precocinados	0,93	1,57 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Aceites	0,93	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
Salsas	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Otros	9,26	13,39 <sub>a</sub>	7,98 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.158 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Bollos,dulces	51,95 <sub>a</sub>	55,11 <sub>a</sub>	47,83 <sub>a</sub>	64,29 <sub>a</sub>
Embutido	22,08 <sub>a</sub>	28,10 <sub>a</sub>	21,74 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Chorizo	2,60 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Cerdo	0,00	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Patés	0,00	2,55 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Carnes	3,90 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Carnes rojas	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Carnes grasas	0,00	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Carnes crudas	7,79 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Alimentos crudos	0,00	2,19 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Verdura sin lavar	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Picantes	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Grasas	31,17 <sub>a</sub>	23,36 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Grasa Animal	2,60 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Fritos	9,09 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Arroz	1,30 <sub>a,b</sub>	1,09 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a,b</sub>	10,71 <sub>b</sub>
Huevos	2,60 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Queso	0,00	2,55 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Alcohol	25,97 <sub>a</sub>	22,63 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Pasta	2,60 <sub>a,b</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	10,71 <sub>b</sub>
Hamburguesas	1,30 <sub>a</sub>	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Pizza	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Cafeína	7,79 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Café	5,19 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Colas	0,00	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Refrescos con gas	2,60 <sub>a,b</sub>	2,55 <sub>a</sub>	10,87 <sub>b</sub>	0,00
Pescados crudos	0,00	2,55 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Chocolate	2,60 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Sal	9,09 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Mantequilla	3,90 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Jamón	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,00	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Excitantes	0,00	0,73 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Pan	3,90 <sub>a</sub>	7,66 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	0,00	1,46 <sub>a</sub>	0,00	10,71 <sub>b</sub>
Azúcar	5,19 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Tabaco	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Precocinados	1,30 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Aceites	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Salsas	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	6,49 <sub>a</sub>	8,39 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.159. Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Bollos, dulces	59,25 <sub>a</sub>	36,04 <sub>b</sub>
Embutido	31,03 <sub>a</sub>	10,81 <sub>b</sub>
Chorizo	2,82 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Cerdo	1,25 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Patés	2,19 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Carnes	7,52 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Carnes rojas	0,94 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Carnes grasas	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Carnes crudas	7,84 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Alimentos crudos	1,57 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Verdura sin lavar	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Picantes	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Grasas	25,71 <sub>a</sub>	26,13 <sub>a</sub>
Grasa Animal	3,45 <sub>a</sub>	0,00
Fritos	8,46 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Arroz	0,63 <sub>a</sub>	6,31 <sub>b</sub>
Huevos	4,70 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>
Queso	2,51 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Alcohol	19,12 <sub>a</sub>	27,03 <sub>a</sub>
Pasta	2,51 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Hamburguesas	0,94 <sub>a</sub>	0,00
Pizza	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Cafeína	7,21 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Café	5,02 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Colas	0,94 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	3,13 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Pescados crudos	2,19 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Chocolate	1,57 <sub>a</sub>	5,41 <sub>b</sub>
Sal	4,39 <sub>a</sub>	10,81 <sub>b</sub>
Mantequilla	2,51 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Jamón	1,57 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Frutos secos	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Excitantes	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Pan	6,90 <sub>a</sub>	9,01 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	1,57 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Azúcar	3,13 <sub>a</sub>	9,01 <sub>b</sub>
Tabaco	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Precocinados	1,25 <sub>a</sub>	0,00
Aceites	0,63 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Salsas	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Otros	8,46 <sub>a</sub>	11,71 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.160 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Bollos,dulces	51,67 <sub>a</sub>	56,80 <sub>a</sub>
Embutido	27,27 <sub>a</sub>	25,24 <sub>a</sub>
Chorizo	3,83 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Cerdo	2,39 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Patés	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Carnes	6,70 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Carnes rojas	1,91 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Carnes grasas	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Carnes crudas	5,26 <sub>a</sub>	8,25 <sub>a</sub>
Alimentos crudos	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Verdura sin lavar	0,00	2,91 <sub>a</sub>
Picantes	1,91 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Grasas	26,79 <sub>a</sub>	24,76 <sub>a</sub>
Grasa Animal	2,39 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Fritos	5,74 <sub>a</sub>	10,68 <sub>a</sub>
Arroz	3,35 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Huevos	5,74 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Queso	1,91 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Alcohol	13,40 <sub>a</sub>	29,13 <sub>b</sub>
Pasta	3,35 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Hamburguesas	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Pizza	1,44 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Cafeína	6,22 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Café	1,91 <sub>a</sub>	8,74 <sub>b</sub>
Colas	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Refrescos con gas	2,87 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Pescados crudos	0,96 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Chocolate	2,87 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Sal	7,66 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Mantequilla	0,48 <sub>a</sub>	3,88 <sub>b</sub>
Jamón	2,39 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Frutos secos	0,96 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Excitantes	0,48 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pan	8,13 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Hidratos de carbono	1,91 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Azúcar	3,83 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Tabaco	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Precocinados	1,44 <sub>a</sub>	0,00
Aceites	0,00	1,46 <sub>a</sub>
Salsas	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Otros	9,09 <sub>a</sub>	9,22 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.161 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Malos para el feto	11,11	11,81 <sub>a</sub>	11,74 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Malo para feto y madre	4,17	5,51 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Enfermedades	3,94	4,72 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Toxoplasmosis	9,95	10,24 <sub>a</sub>	10,33 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Por las grasas	17,82	11,02 <sub>a</sub>	22,54 <sub>b</sub>	16,30 <sub>a,b</sub>
Colesterol	12,27	10,24 <sub>a</sub>	12,68 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>
Engordan	16,44	18,11 <sub>a</sub>	15,49 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
Perjudican	8,33	10,24 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Calorías innecesarias	1,39	0,00	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Poco alimento	3,01	1,57 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	0,00
Mala digestión	2,78	3,94 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Diabetes	4,63	4,72 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes esenciales	3,24	5,51 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Hipertensión	2,55	2,36 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Calorías	3,47	2,36 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Artificiales	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,47 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Otros	7,64	8,66 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.162 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Malos para el feto	14,29 <sub>a</sub>	10,58 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Malo para feto y madre	2,60 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Enfermedades	1,30 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Toxoplasmosis	10,39 <sub>a</sub>	11,31 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Por las grasas	12,99 <sub>a</sub>	22,26 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Colesterol	15,58 <sub>a,b</sub>	9,12 <sub>a</sub>	23,91 <sub>b</sub>	14,29 <sub>a,b</sub>
Engordan	16,88 <sub>a</sub>	14,60 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
Perjudican	11,69 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	14,29 <sub>a</sub>
Calorías innecesarias	3,90 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Poco alimento	3,90 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Mala digestión	2,60 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Diabetes	6,49 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes esenciales	3,90 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Hipertensión	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Calorías	2,60 <sub>a</sub>	3,65 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Artificiales	1,30 <sub>a</sub>	0,73 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	7,79 <sub>a</sub>	6,93 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.163 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Malos para el feto	9,72 <sub>a</sub>	15,32 <sub>a</sub>
Malo para feto y madre	4,39 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Enfermedades	4,08 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Toxoplasmosis	11,60 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>
Por las grasas	20,06 <sub>a</sub>	11,71 <sub>b</sub>
Colesterol	11,60 <sub>a</sub>	13,51 <sub>a</sub>
Engordan	15,36 <sub>a</sub>	19,82 <sub>a</sub>
Perjudican	8,78 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Calorías innecesarias	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Poco alimento	3,45 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Mala digestión	2,82 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Diabetes	3,13 <sub>a</sub>	8,11 <sub>b</sub>
No aportan nutrientes esenciales	2,82 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Hipertensión	1,25 <sub>a</sub>	6,31 <sub>b</sub>
Calorías	4,39 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Artificiales	0,31 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Otros	7,52 <sub>a</sub>	8,11 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.164 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Malos para el feto	9,57 <sub>a</sub>	12,62 <sub>a</sub>
Malo para feto y madre	5,26 <sub>a</sub>	3,40 <sub>a</sub>
Enfermedades	2,87 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>
Toxoplasmosis	8,61 <sub>a</sub>	12,14 <sub>a</sub>
Por las grasas	17,22 <sub>a</sub>	19,42 <sub>a</sub>
Colesterol	11,48 <sub>a</sub>	14,08 <sub>a</sub>
Engordan	17,22 <sub>a</sub>	16,50 <sub>a</sub>
Perjudican	10,53 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Calorías innecesarias	0,00	2,91 <sub>a</sub>
Poco alimento	2,39 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Mala digestión	2,87 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Diabetes	3,83 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
No aportan nutrientes esenciales	2,87 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Hipertensión	1,44 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Calorías	3,35 <sub>a</sub>	3,88 <sub>a</sub>
Artificiales	0,96 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Otros	9,57 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.165 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Yogur	5,32	5,51 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Lácteos	20,37	11,02 <sub>a</sub>	21,13 <sub>a,b</sub>	31,52 <sub>b</sub>
Leche	42,59	45,67 <sub>a</sub>	42,72 <sub>a</sub>	38,04 <sub>a</sub>
Queso	2,31	1,57 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Fruta	59,72	59,84 <sub>a</sub>	62,91 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>
Naranja	1,39	1,57 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Pescado	31,25	43,31 <sub>a</sub>	27,23 <sub>b</sub>	23,91 <sub>b</sub>
Verduras	52,08	44,09 <sub>a</sub>	56,81 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>
Pasta	1,39	,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Agua	7,18	11,02 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Calcio	2,31	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Hierro	2,08	0,79 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Cereales	6,25	5,51 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Zumos	1,62	0,79 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Fibra	5,32	3,94 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Legumbres	7,18	7,09 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
Lentejas	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Vitaminas	1,85	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Carne	6,25	7,09 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Hortalizas	1,62	2,36 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Líquidos	1,62	0,00	1,88 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Proteínas	1,85	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Huevos	1,16	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Otros	5,79	6,30 <sub>a</sub>	4,23 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.166 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Yogur	6,49 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Lácteos	14,29 <sub>a</sub>	20,44 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Leche	40,26 <sub>a</sub>	45,26 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>	39,29 <sub>a</sub>
Queso	1,30 <sub>a</sub>	2,55 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Fruta	59,74 <sub>a</sub>	60,22 <sub>a</sub>	56,52 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
Naranja	0,00	1,09 <sub>a</sub>	6,52 <sub>b</sub>	0,00
Pescado	32,47 <sub>a</sub>	30,66 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
Verduras	53,25 <sub>a</sub>	53,65 <sub>a</sub>	47,83 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>
Pasta	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Agua	11,69 <sub>a</sub>	5,84 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
Calcio	3,90 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Hierro	6,49 <sub>a</sub>	0,73 <sub>b</sub>	2,17 <sub>a,b</sub>	0,00
Cereales	9,09 <sub>a</sub>	6,20 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Zumos	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Fibra	3,90 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Legumbres	10,39 <sub>a</sub>	6,20 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Lentejas	0,00	1,09 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Vitaminas	2,60 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Carne	3,90 <sub>a</sub>	7,30 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Hortalizas	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Líquidos	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Proteínas	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Huevos	0,00	1,82 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Otros	3,90 <sub>a,b</sub>	4,74 <sub>a</sub>	15,22 <sub>b</sub>	3,57 <sub>a,b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.167 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Yogur	5,02 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Lácteos	23,51 <sub>a</sub>	10,81 <sub>b</sub>
Leche	44,20 <sub>a</sub>	36,94 <sub>a</sub>
Queso	2,51 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Fruta	62,38 <sub>a</sub>	52,25 <sub>a</sub>
Naranja	1,25 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Pescado	29,78 <sub>a</sub>	36,04 <sub>a</sub>
Verduras	57,37 <sub>a</sub>	36,94 <sub>b</sub>
Pasta	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Agua	5,96 <sub>a</sub>	10,81 <sub>a</sub>
Calcio	1,88 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Hierro	1,57 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Cereales	5,33 <sub>a</sub>	9,01 <sub>a</sub>
Zumos	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Fibra	5,02 <sub>a</sub>	6,31 <sub>a</sub>
Legumbres	8,15 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Lentejas	1,57 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Vitaminas	1,25 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Carne	6,27 <sub>a</sub>	5,41 <sub>a</sub>
Hortalizas	1,57 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Líquidos	2,19 <sub>a</sub>	0,00
Proteínas	1,25 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Huevos	1,57 <sub>a</sub>	0,00
Otros	5,02 <sub>a</sub>	8,11 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.168 Respuesta a la pregunta: Cite tres alimentos que se deben aumentar cuando se está embarazada (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Yogur	6,22 <sub>a</sub>	4,85 <sub>a</sub>
Lácteos	18,66 <sub>a</sub>	21,36 <sub>a</sub>
Leche	44,02 <sub>a</sub>	40,78 <sub>a</sub>
Queso	2,87 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Fruta	57,89 <sub>a</sub>	64,08 <sub>a</sub>
Naranja	1,44 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Pescado	35,89 <sub>a</sub>	25,73 <sub>b</sub>
Verduras	50,72 <sub>a</sub>	52,91 <sub>a</sub>
Pasta	0,48 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Agua	3,83 <sub>a</sub>	10,68 <sub>b</sub>
Calcio	2,39 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Hierro	1,91 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Cereales	5,74 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Zumos	0,96 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Fibra	4,31 <sub>a</sub>	6,80 <sub>a</sub>
Legumbres	7,18 <sub>a</sub>	7,77 <sub>a</sub>
Lentejas	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Vitaminas	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Carne	4,31 <sub>a</sub>	8,74 <sub>a</sub>
Hortalizas	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Líquidos	1,44 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Proteínas	1,44 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Huevos	0,96 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
Otros	6,22 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.169 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Bueno para el feto	7,18	11,81 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Sanos	10,88	14,96 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>
Tienen nutrientes	5,09	6,30 <sub>a</sub>	5,16 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Poca grasa	3,01	1,57 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Vitaminas	32,87	27,56 <sub>a</sub>	37,56 <sub>a</sub>	29,35 <sub>a</sub>
Calcio	22,22	14,96 <sub>a</sub>	25,82 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
Minerales	4,40	1,57 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Proteína	6,02	5,51 <sub>a</sub>	7,51 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Alimentan	1,62	1,57 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
No engordan	3,47	3,15 <sub>a</sub>	4,69 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Tienen hierro	5,32	4,72 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Necesario para el embarazo	2,55	1,57 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Importantes para madre y feto	2,55	3,15 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Estreñimiento	4,40	1,57 <sub>a</sub>	5,63 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Hidratación	1,16	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	0,00
Fibra	6,02	3,15 <sub>a</sub>	6,10 <sub>a</sub>	9,78 <sub>a</sub>
Tienen ácido fólico	1,62	2,36 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Tienen vitamina C	0,93	0,00	1,41 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Aportan energía	1,16	0,00	0,94 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Otros	3,94	3,94 <sub>a</sub>	3,29 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.170 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del IMC previo de la gestante.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Bueno para el feto	5,19 <sub>a</sub>	8,03 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Sanos	16,88 <sub>a</sub>	6,57 <sub>b</sub>	10,87 <sub>a,b</sub>	35,71 <sub>a</sub>
Tienen nutrientes	5,19 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
Poca grasa	5,19 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Vitaminas	33,77 <sub>a</sub>	35,40 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	17,86 <sub>a</sub>
Calcio	23,38 <sub>a</sub>	21,17 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>	25,00 <sub>a</sub>
Minerales	3,90 <sub>a</sub>	5,47 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Proteína	7,79 <sub>a</sub>	6,57 <sub>a</sub>	0,00	7,14 <sub>a</sub>
Alimentan	1,30 <sub>a</sub>	1,82 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
No engordan	2,60 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
Tienen hierro	3,90 <sub>a</sub>	5,11 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Necesario para el embarazo	0,00	2,55 <sub>a</sub>	0,00	10,71 <sub>b</sub>
Importantes para madre y feto	1,30 <sub>a</sub>	2,92 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Estreñimiento	5,19 <sub>a</sub>	4,01 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Hidratación	2,60 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>	0,00	0,00
Fibra	5,19 <sub>a</sub>	4,74 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
Tienen ácido fólico	1,30 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
Tienen vitamina C	1,30 <sub>a,b</sub>	0,36 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Aportan energía	2,60 <sub>a,b</sub>	0,36 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>	0,00
Otros	2,60 <sub>a</sub>	4,38 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.171 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Bueno para el feto	4,70 <sub>a</sub>	14,41 <sub>b</sub>
Sanos	9,09 <sub>a</sub>	16,22 <sub>b</sub>
Tienen nutrientes	5,64 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Poca grasa	3,45 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Vitaminas	36,36 <sub>a</sub>	22,52 <sub>b</sub>
Calcio	24,45 <sub>a</sub>	15,32 <sub>b</sub>
Minerales	5,02 <sub>a</sub>	2,70 <sub>a</sub>
Proteína	6,27 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>
Alimentan	2,19 <sub>a</sub>	0,00
No engordan	4,39 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Tienen hierro	4,70 <sub>a</sub>	7,21 <sub>a</sub>
Necesario para el embarazo	3,13 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Importantes para madre y feto	2,82 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Estreñimiento	5,33 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Hidratación	1,25 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Fibra	6,90 <sub>a</sub>	3,60 <sub>a</sub>
Tienen ácido fólico	2,19 <sub>a</sub>	0,00
Tienen vitamina C	0,94 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
Aportan energía	0,94 <sub>a</sub>	1,80 <sub>a</sub>
Otros	3,76 <sub>a</sub>	4,50 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.172 Respuesta a la pregunta: Por qué considera que se deben aumentar (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Bueno para el feto	9,57 <sub>a</sub>	4,37 <sub>b</sub>
Sanos	13,88 <sub>a</sub>	8,74 <sub>a</sub>
Tienen nutrientes	5,26 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>
Poca grasa	3,83 <sub>a</sub>	2,43 <sub>a</sub>
Vitaminas	26,79 <sub>a</sub>	41,75 <sub>b</sub>
Calcio	18,18 <sub>a</sub>	26,70 <sub>b</sub>
Minerales	0,96 <sub>a</sub>	8,25 <sub>b</sub>
Proteína	3,83 <sub>a</sub>	8,74 <sub>b</sub>
Alimentan	0,48 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
No engordan	1,44 <sub>a</sub>	5,83 <sub>b</sub>
Tienen hierro	3,35 <sub>a</sub>	7,28 <sub>a</sub>
Necesario para el embarazo	4,78 <sub>a</sub>	0,49 <sub>b</sub>
Importantes para madre y feto	2,39 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Estreñimiento	1,91 <sub>a</sub>	7,28 <sub>b</sub>
Hidratación	0,00	2,43 <sub>a</sub>
Fibra	3,83 <sub>a</sub>	8,25 <sub>a</sub>
Tienen ácido fólico	0,48 <sub>a</sub>	2,91 <sub>a</sub>
Tienen vitamina C	1,44 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
Aportan energía	0,48 <sub>a</sub>	1,94 <sub>a</sub>
Otros	2,87 <sub>a</sub>	5,34 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.173 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Cree tiene buenos conocimientos nutrición	SI	34,42	30,95 <sub>a</sub>	35,38 <sub>a</sub>	36,96 <sub>a</sub>
	NO	39,53	46,03 <sub>a</sub>	35,85 <sub>a</sub>	39,13 <sub>a</sub>
	NO SABE	25,12	22,22 <sub>a</sub>	27,83 <sub>a</sub>	22,83 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,93	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Familia	SI	46,96	50,00 <sub>a</sub>	45,71 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>
Amigos	SI	16,12	10,32 <sub>a</sub>	19,52 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
TV	SI	22,90	19,84 <sub>a</sub>	25,71 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
Revistas	SI	46,96	49,21 <sub>a</sub>	49,52 <sub>a</sub>	38,04 <sub>a</sub>
Publicidad	SI	8,88	11,90 <sub>a</sub>	7,62 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
Médico	SI	39,49	40,48 <sub>a</sub>	38,57 <sub>a</sub>	40,22 <sub>a</sub>
Matrona/Enfermera/ATS	SI	16,59	15,08 <sub>a</sub>	19,05 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>
Matrona	SI	9,11	11,11 <sub>a</sub>	8,10 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
Enfermera	SI	0,47	0,00	0,95 <sub>a</sub>	0,00
ATS	SI	0,47	0,00	0,95 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.174 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Cree tiene buenos conocimientos nutrición	SI	40,26	34,80	26,09	25,00
	NO	38,96	40,29	34,78	42,86
	NO SABE	20,78	24,18	34,78	32,14
	NO CONTESTA	0,00	0,73	4,35	0,00
Familia	SI	44,16	48,34	45,65	42,86
Amigos	SI	16,88	16,61	13,04	17,86
TV	SI	25,97	19,93	23,91	39,29
Revistas	SI	49,35	44,65	54,35	53,57
Publicidad	SI	11,69	7,75	8,70	10,71
Médico	SI	40,26	34,69	52,17	57,14
Matrona/Enfermera/ATS	SI	22,08	13,65	21,74	17,86
Matrona	SI	11,69	8,49	6,52	10,71
Enfermera	SI	0,00	0,74	0,00	0,00
ATS	SI	0,00	0,74	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.175 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Cree tiene buenos conocimientos nutrición	SI	36,16 <sub>a</sub>	30,00 <sub>a</sub>
	NO	36,79 <sub>a</sub>	47,27 <sub>a</sub>
	NO SABE	26,10 <sub>a</sub>	21,82 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,94 <sub>a</sub>	0,91 <sub>a</sub>
Familia	SI	47,63 <sub>a</sub>	45,87 <sub>a</sub>
Amigos	SI	16,09 <sub>a</sub>	16,51 <sub>a</sub>
TV	SI	23,03 <sub>a</sub>	22,02 <sub>a</sub>
Revistas	SI	45,11 <sub>a</sub>	51,38 <sub>a</sub>
Publicidad	SI	7,26 <sub>a</sub>	13,76 <sub>b</sub>
Médico	SI	39,75 <sub>a</sub>	38,53 <sub>a</sub>
Matrona/Enfermera/ATS	SI	17,03 <sub>a</sub>	15,60 <sub>a</sub>
Matrona	SI	10,09 <sub>a</sub>	6,42 <sub>a</sub>
Enfermera	SI	0,63 <sub>a</sub>	0,00
ATS	SI	0,63 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.176 Respuesta a la pregunta: Cree que tiene buenos conocimientos sobre nutrición. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido? (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Cree tiene buenos conocimientos nutrición	SI	24,88 <sub>a</sub>	45,15 <sub>b</sub>
	NO	48,33 <sub>a</sub>	31,07 <sub>b</sub>
	NO SABE	26,32 <sub>a</sub>	22,82 <sub>a</sub>
	NO CONTESTA	0,48 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
Familia	SI	43,75 <sub>a</sub>	49,76 <sub>a</sub>
Amigos	SI	14,42 <sub>a</sub>	18,05 <sub>a</sub>
TV	SI	27,40 <sub>a</sub>	17,07 <sub>b</sub>
Revistas	SI	46,63 <sub>a</sub>	47,32 <sub>a</sub>
Publicidad	SI	9,13 <sub>a</sub>	8,78 <sub>a</sub>
Médico	SI	36,54 <sub>a</sub>	43,41 <sub>a</sub>
Matrona/Enfermera/ATS	SI	17,79 <sub>a</sub>	16,10 <sub>a</sub>
Matrona	SI	8,65 <sub>a</sub>	9,76 <sub>a</sub>
Enfermera	SI	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
ATS	SI	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.177 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función de la edad de la gestante.**

		Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Revistas femeninas	fiable	20,66	28,57 <sub>a</sub>	17,79 <sub>a</sub>	16,30 <sub>a</sub>
	errónea	65,26	57,14 <sub>a</sub>	70,19 <sub>b</sub>	65,22 <sub>a,b</sub>
	no sabe	1,88	3,97 <sub>a</sub>	0,96 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
Periódicos	no contesta	12,21	10,32 <sub>a</sub>	11,06 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
	fiable	36,94	38,10 <sub>a</sub>	36,06 <sub>a</sub>	37,36 <sub>a</sub>
	errónea	45,18	45,24 <sub>a</sub>	48,08 <sub>a</sub>	38,46 <sub>a</sub>
Médicos	no sabe	1,88	3,17 <sub>a</sub>	0,96 <sub>a</sub>	2,20 <sub>a</sub>
	no contesta	16,00	13,49 <sub>a</sub>	14,90 <sub>a</sub>	21,98 <sub>a</sub>
	fiable	96,01	98,41 <sub>a</sub>	95,19 <sub>a</sub>	94,57 <sub>a</sub>
Libros de cocina	errónea	0,47	0,79 <sub>a</sub>	0,48 <sub>a</sub>	0,00
	no sabe	0,00	0,00	0,00	0,00
	no contesta	3,52	0,79 <sub>a</sub>	4,33 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Libros de nutrición	fiable	45,88	42,86 <sub>a</sub>	47,12 <sub>a</sub>	47,25 <sub>a</sub>
	errónea	33,65	34,13 <sub>a</sub>	34,62 <sub>a</sub>	30,77 <sub>a</sub>
	no sabe	1,88	3,97 <sub>a</sub>	0,96 <sub>a</sub>	1,10 <sub>a</sub>
TV	no contesta	18,59	19,05 <sub>a</sub>	17,31 <sub>a</sub>	20,88 <sub>a</sub>
	fiable	87,79	86,51 <sub>a</sub>	88,46 <sub>a</sub>	88,04 <sub>a</sub>
	errónea	5,16	3,97 <sub>a</sub>	6,25 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
Amigos	no sabe	0,47	1,59 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	6,57	7,94 <sub>a</sub>	5,29 <sub>a</sub>	7,61 <sub>a</sub>
	fiable	19,72	21,43 <sub>a</sub>	18,27 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
Herbolarios o tiendas de "alimentos sanos"	errónea	63,85	61,11 <sub>a</sub>	68,27 <sub>a</sub>	57,61 <sub>a</sub>
	no sabe	3,29	3,97 <sub>a</sub>	2,40 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	no contesta	13,15	13,49 <sub>a</sub>	11,06 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
Profesores	fiable	12,44	11,11 <sub>a</sub>	13,94 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
	errónea	71,13	73,81 <sub>a</sub>	71,63 <sub>a</sub>	66,30 <sub>a</sub>
	no sabe	2,58	1,59 <sub>a</sub>	1,92 <sub>a</sub>	5,43 <sub>a</sub>
Radio	no contesta	13,85	13,49 <sub>a</sub>	12,50 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
	fiable	38,82	38,10 <sub>a</sub>	37,50 <sub>a</sub>	42,86 <sub>a</sub>
	errónea	43,53	42,86 <sub>a</sub>	45,19 <sub>a</sub>	40,66 <sub>a</sub>
Dietistas/Nutricionistas	no sabe	1,65	1,59 <sub>a</sub>	1,92 <sub>a</sub>	1,10 <sub>a</sub>
	no contesta	16,00	17,46 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>
	fiable	63,29	57,94 <sub>a</sub>	65,87 <sub>a</sub>	64,84 <sub>a</sub>
Etiqueta de los productos	errónea	20,94	26,98 <sub>a</sub>	18,75 <sub>a</sub>	17,58 <sub>a</sub>
	no sabe	1,65	1,59 <sub>a</sub>	1,44 <sub>a</sub>	2,20 <sub>a</sub>
	no contesta	14,12	13,49 <sub>a</sub>	13,94 <sub>a</sub>	15,38 <sub>a</sub>
Farmacias	fiable	25,59	21,43 <sub>a</sub>	26,92 <sub>a</sub>	28,26 <sub>a</sub>
	errónea	54,46	61,11 <sub>a</sub>	54,81 <sub>a,b</sub>	44,57 <sub>b</sub>
	no sabe	3,05	1,59 <sub>a</sub>	2,40 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>
Tienda de ultramarinos	no contesta	16,90	15,87 <sub>a</sub>	15,87 <sub>a</sub>	20,65 <sub>a</sub>
	fiable	87,09	83,33 <sub>a</sub>	88,94 <sub>a</sub>	88,04 <sub>a</sub>
	errónea	5,63	7,94 <sub>a</sub>	5,77 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
Publicidad	no sabe	0,47	0,79 <sub>a</sub>	0,00	1,09 <sub>a</sub>
	no contesta	6,81	7,94 <sub>a</sub>	5,29 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>
	fiable	42,59	38,89 <sub>a</sub>	44,23 <sub>a</sub>	43,96 <sub>a</sub>
Familiars	errónea	39,53	44,44 <sub>a</sub>	39,90 <sub>a</sub>	31,87 <sub>a</sub>
	no sabe	2,12	1,59 <sub>a</sub>	1,44 <sub>a</sub>	4,40 <sub>a</sub>
	no contesta	15,76	15,08 <sub>a</sub>	14,42 <sub>a</sub>	19,78 <sub>a</sub>
Familiares	fiable	89,20	90,48 <sub>a,b</sub>	92,31 <sub>a</sub>	80,43 <sub>b</sub>
	errónea	3,05	3,17 <sub>a</sub>	2,40 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>
	no sabe	1,64	1,59 <sub>a,b</sub>	,48 <sub>a</sub>	4,35 <sub>b</sub>
Publicidad	no contesta	6,10	4,76 <sub>a</sub>	4,81 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>
	fiable	6,10	7,94 <sub>a</sub>	7,69 <sub>a</sub>	0,00
	errónea	73,71	70,63 <sub>a</sub>	75,48 <sub>a</sub>	73,91 <sub>a</sub>
Familiares	no sabe	2,11	2,38 <sub>a</sub>	1,92 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
	no contesta	18,08	19,05 <sub>a</sub>	14,90 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>
	fiable	4,46	7,14 <sub>a</sub>	3,37 <sub>a</sub>	3,26 <sub>a</sub>
Familiares	errónea	81,92	78,57 <sub>a</sub>	86,06 <sub>a</sub>	77,17 <sub>a</sub>
	no sabe	1,17	1,59 <sub>a</sub>	0,96 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
	no contesta	12,44	12,70 <sub>a</sub>	9,62 <sub>a</sub>	18,48 <sub>a</sub>
Familiares	fiable	34,67	40,80 <sub>a</sub>	35,10 <sub>a</sub>	25,27 <sub>a</sub>
	errónea	47,17	44,00 <sub>a</sub>	48,56 <sub>a</sub>	48,35 <sub>a</sub>
	no sabe	3,77	3,20 <sub>a</sub>	3,37 <sub>a</sub>	5,49 <sub>a</sub>
	no contesta	14,39	12,00 <sub>a</sub>	12,98 <sub>a</sub>	20,88 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.178 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%).**

**Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

		Bajo	Normal	Alto	Obesa
Revistas femeninas	fiable	27,27 <sub>a</sub>	18,22 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	errónea	57,14 <sub>a</sub>	66,91 <sub>a</sub>	67,39 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	2,23 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	14,29 <sub>a</sub>	12,64 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Periódicos	fiable	38,96 <sub>a</sub>	36,43 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>	29,63 <sub>a</sub>
	errónea	38,96 <sub>a</sub>	45,35 <sub>a</sub>	41,30 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>
	no sabe	2,60 <sub>a</sub>	1,86 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	19,48 <sub>a</sub>	16,36 <sub>a</sub>	15,22 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
Médicos	fiable	93,51 <sub>a</sub>	96,28 <sub>a</sub>	97,83 <sub>a</sub>	100,00
	errónea	0,00	0,74 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no sabe	0,00	0,00	0,00	0,00
	no contesta	6,49 <sub>a</sub>	2,97 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Libros de cocina	fiable	48,05 <sub>a</sub>	46,10 <sub>a</sub>	50,00 <sub>a</sub>	29,63 <sub>a</sub>
	errónea	29,87 <sub>a</sub>	31,60 <sub>a</sub>	32,61 <sub>a</sub>	66,67 <sub>b</sub>
	no sabe	2,60 <sub>a</sub>	2,23 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	19,48 <sub>a</sub>	20,07 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
Libros de nutrición	fiable	87,01 <sub>a</sub>	87,36 <sub>a</sub>	91,30 <sub>a</sub>	89,29 <sub>a</sub>
	errónea	6,49 <sub>a</sub>	4,09 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	0,37 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	5,19 <sub>a</sub>	8,18 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
TV	fiable	16,88 <sub>a</sub>	19,33 <sub>a</sub>	19,57 <sub>a</sub>	28,57 <sub>a</sub>
	errónea	66,23 <sub>a</sub>	62,08 <sub>a</sub>	71,74 <sub>a</sub>	67,86 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	4,46 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	15,58 <sub>a</sub>	14,13 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Amigos	fiable	12,99 <sub>a</sub>	13,01 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	10,71 <sub>a</sub>
	errónea	67,53 <sub>a</sub>	70,26 <sub>a</sub>	78,26 <sub>a</sub>	82,14 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	2,23 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	18,18 <sub>a</sub>	14,50 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Herbolarios o tiendas de "alimentos sanos"	fiable	33,77 <sub>a</sub>	39,03 <sub>a</sub>	43,48 <sub>a</sub>	44,44 <sub>a</sub>
	errónea	41,56 <sub>a</sub>	42,38 <sub>a</sub>	45,65 <sub>a</sub>	55,56 <sub>a</sub>
	no sabe	3,90 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	20,78 <sub>a</sub>	17,10 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	0,00
Profesores	fiable	63,64 <sub>a</sub>	63,20 <sub>a</sub>	65,22 <sub>a</sub>	55,56 <sub>a</sub>
	errónea	20,78 <sub>a</sub>	19,33 <sub>a</sub>	23,91 <sub>a</sub>	37,04 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	1,86 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	14,29 <sub>a</sub>	15,61 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	7,41 <sub>a</sub>
Radio	fiable	25,97 <sub>a</sub>	24,54 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	21,43 <sub>a</sub>
	errónea	53,25 <sub>a</sub>	53,90 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	75,00 <sub>a</sub>
	no sabe	2,60 <sub>a</sub>	2,97 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	18,18 <sub>a</sub>	18,59 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Dietistas/Nutricionistas	fiable	80,52 <sub>a</sub>	87,36 <sub>a</sub>	91,30 <sub>a</sub>	96,43 <sub>a</sub>
	errónea	9,09 <sub>a</sub>	4,83 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	0,37 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	9,09 <sub>a</sub>	7,43 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Etiqueta de los productos	fiable	40,26 <sub>a</sub>	42,01 <sub>a</sub>	54,35 <sub>a</sub>	33,33 <sub>a</sub>
	errónea	40,26 <sub>a</sub>	37,92 <sub>a</sub>	34,78 <sub>a</sub>	62,96 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	2,97 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	18,18 <sub>a</sub>	17,10 <sub>a</sub>	10,87 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
Farmacias	fiable	83,12 <sub>a</sub>	90,33 <sub>a</sub>	91,30 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
	errónea	3,90 <sub>a</sub>	2,23 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	7,14 <sub>a</sub>
	no sabe	2,60 <sub>a</sub>	1,49 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
	no contesta	10,39 <sub>a</sub>	5,95 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>	0,00
Tienda de ultramarinos	fiable	7,79 <sub>a</sub>	5,58 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	0,00
	errónea	67,53 <sub>a</sub>	72,49 <sub>a</sub>	80,43 <sub>a,b</sub>	96,43 <sub>b</sub>
	no sabe	5,19 <sub>a</sub>	1,86 <sub>a</sub>	0,00	0,00
	no contesta	19,48 <sub>a</sub>	20,07 <sub>a</sub>	13,04 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Publicidad	fiable	3,90 <sub>a</sub>	4,46 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
	errónea	80,52 <sub>a</sub>	80,67 <sub>a</sub>	89,13 <sub>a</sub>	89,29 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	1,12 <sub>a</sub>	0,00	3,57 <sub>a</sub>
	no contesta	14,29 <sub>a</sub>	13,75 <sub>a</sub>	6,52 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
Familiares	fiable	35,06 <sub>a</sub>	35,45 <sub>a</sub>	30,43 <sub>a</sub>	29,63 <sub>a</sub>
	errónea	41,56 <sub>a</sub>	46,27 <sub>a</sub>	52,17 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>
	no sabe	1,30 <sub>a</sub>	3,73 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,70 <sub>a</sub>
	no contesta	22,08 <sub>a</sub>	14,55 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.179 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

		Española	Extranjera
Revistas femeninas	fiable	19,37a	24,77a
	errónea	70,16a	50,46b
	no sabe	1,27a	3,67a
	no contesta	9,21a	21,10b
Periódicos	fiable	41,08a	24,77b
	errónea	44,90a	45,87a
	no sabe	1,59a	2,75a
	no contesta	12,42a	26,61b
Médicos	fiable	97,46a	91,74b
	errónea	0,00	1,83a
	no sabe	0,00	0,00
	no contesta	2,54a	6,42a
Libros de cocina	fiable	51,91a	29,36b
	errónea	32,48a	35,78a
	no sabe	1,59a	2,75a
	no contesta	14,01a	32,11b
Libros de nutrición	fiable	90,79a	78,90b
	errónea	4,44a	7,34a
	no sabe	0,32a	0,92a
	no contesta	4,44a	12,84b
TV	fiable	19,05a	22,02a
	errónea	68,25a	50,46b
	no sabe	3,49a	2,75a
	no contesta	9,21a	24,77b
Amigos	fiable	13,33a	10,09a
	errónea	72,70a	66,06a
	no sabe	2,54a	2,75a
	no contesta	11,43a	21,10b
Herbolarios o tiendas de "alimentos sanos"	fiable	40,13a	35,78a
	errónea	46,50a	33,94b
	no sabe	1,27a	2,75a
	no contesta	12,10a	27,52b
Profesores	fiable	68,47a	48,62b
	errónea	19,43a	24,77a
	no sabe	1,91a	0,92a
	no contesta	10,19a	25,69b
Radio	fiable	29,21a	15,60b
	errónea	54,92a	52,29a
	no sabe	3,17a	2,75a
	no contesta	12,70a	29,36b
Dietistas/Nutricionistas	fiable	90,79a	76,15b
	errónea	5,08a	7,34a
	no sabe	0,32a	0,92a
	no contesta	3,81a	15,60b
Farmacias	fiable	90,79a	84,40a
	errónea	2,86a	3,67a
	no sabe	1,90a	,92a
	no contesta	4,44a	11,01b
Tienda de ultramarinos	fiable	5,08a	8,26a
	errónea	80,95a	53,21b
	no sabe	1,27a	4,59b
	no contesta	12,70a	33,94b
Publicidad	fiable	4,13a	5,50a
	errónea	86,03a	69,72b
	no sabe	0,95a	1,83a
	no contesta	8,89a	22,94b
Familiares	fiable	33,87a	37,61a
	errónea	50,80a	35,78b
	no sabe	3,83a	3,67a
	no contesta	11,50a	22,94b

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



**Tabla 5.180 Respuesta a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera más fiables y cuáles cree que transmiten información más errónea en materia nutricional (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

		Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Revistas femeninas	fiable	24,64 <sub>a</sub>	16,18 <sub>b</sub>
	errónea	62,32 <sub>a</sub>	68,14 <sub>a</sub>
	no sabe	1,93 <sub>a</sub>	1,96 <sub>a</sub>
	no contesta	11,11 <sub>a</sub>	13,73 <sub>a</sub>
Periódicos	fiable	34,47 <sub>a</sub>	39,71 <sub>a</sub>
	errónea	50,49 <sub>a</sub>	38,73 <sub>b</sub>
	no sabe	1,94 <sub>a</sub>	1,96 <sub>a</sub>
	no contesta	13,11 <sub>a</sub>	19,61 <sub>a</sub>
Médicos	fiable	96,62 <sub>a</sub>	95,10 <sub>a</sub>
	errónea	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	no sabe	0,00	0,00
	no contesta	2,90 <sub>a</sub>	4,41 <sub>a</sub>
Libros de cocina	fiable	44,17 <sub>a</sub>	48,53 <sub>a</sub>
	errónea	37,38 <sub>a</sub>	28,92 <sub>a</sub>
	no sabe	1,94 <sub>a</sub>	1,96 <sub>a</sub>
	no contesta	16,50 <sub>a</sub>	20,59 <sub>a</sub>
Libros de nutrición	fiable	86,47 <sub>a</sub>	89,71 <sub>a</sub>
	errónea	5,80 <sub>a</sub>	4,41 <sub>a</sub>
	no sabe	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	no contesta	7,25 <sub>a</sub>	5,39 <sub>a</sub>
TV	fiable	23,67 <sub>a</sub>	15,20 <sub>b</sub>
	errónea	60,87 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>
	no sabe	3,38 <sub>a</sub>	3,43 <sub>a</sub>
	no contesta	12,08 <sub>a</sub>	14,71 <sub>a</sub>
Amigos	fiable	13,04 <sub>a</sub>	12,25 <sub>a</sub>
	errónea	73,91 <sub>a</sub>	67,65 <sub>a</sub>
	no sabe	1,93 <sub>a</sub>	3,43 <sub>a</sub>
	no contesta	11,11 <sub>a</sub>	16,67 <sub>a</sub>
Herbolarios o tiendas de "alimentos sanos"	fiable	45,15 <sub>a</sub>	32,84 <sub>b</sub>
	errónea	39,32 <sub>a</sub>	47,06 <sub>a</sub>
	no sabe	1,94 <sub>a</sub>	1,47 <sub>a</sub>
	no contesta	13,59 <sub>a</sub>	18,63 <sub>a</sub>
Profesores	fiable	60,68 <sub>a</sub>	66,67 <sub>a</sub>
	errónea	23,79 <sub>a</sub>	17,16 <sub>a</sub>
	no sabe	2,43 <sub>a</sub>	0,98 <sub>a</sub>
	no contesta	13,11 <sub>a</sub>	15,20 <sub>a</sub>
Radio	fiable	24,15 <sub>a</sub>	25,98 <sub>a</sub>
	errónea	59,42 <sub>a</sub>	50,49 <sub>a</sub>
	no sabe	2,90 <sub>a</sub>	3,43 <sub>a</sub>
	no contesta	13,53 <sub>a</sub>	20,10 <sub>a</sub>
Dietistas/Nutricionistas	fiable	83,57 <sub>a</sub>	90,69 <sub>b</sub>
	errónea	8,70 <sub>a</sub>	2,94 <sub>b</sub>
	no sabe	0,48 <sub>a</sub>	0,49 <sub>a</sub>
	no contesta	7,25 <sub>a</sub>	5,88 <sub>a</sub>
Etiqueta de los productos	fiable	37,86 <sub>a</sub>	48,53 <sub>b</sub>
	errónea	46,12 <sub>a</sub>	31,86 <sub>b</sub>
	no sabe	1,94 <sub>a</sub>	2,45 <sub>a</sub>
	no contesta	14,08 <sub>a</sub>	17,16 <sub>a</sub>
Farmacias	fiable	88,41 <sub>a</sub>	89,22 <sub>a</sub>
	errónea	4,35 <sub>a</sub>	1,96 <sub>a</sub>
	no sabe	1,45 <sub>a</sub>	1,96 <sub>a</sub>
	no contesta	5,80 <sub>a</sub>	6,86 <sub>a</sub>
Tienda de ultramarinos	fiable	6,76 <sub>a</sub>	4,90 <sub>a</sub>
	errónea	77,29 <sub>a</sub>	70,59 <sub>a</sub>
	no sabe	1,45 <sub>a</sub>	2,94 <sub>a</sub>
	no contesta	14,49 <sub>a</sub>	21,57 <sub>a</sub>
Publicidad	fiable	7,25 <sub>a</sub>	1,47 <sub>b</sub>
	errónea	82,13 <sub>a</sub>	81,86 <sub>a</sub>
	no sabe	0,97 <sub>a</sub>	1,47 <sub>a</sub>
	no contesta	9,66 <sub>a</sub>	15,20 <sub>a</sub>
Familiares	fiable	35,44 <sub>a</sub>	34,98 <sub>a</sub>
	errónea	52,43 <sub>a</sub>	39,90 <sub>b</sub>
	no sabe	1,94 <sub>a</sub>	5,91 <sub>b</sub>
	no contesta	10,19 <sub>a</sub>	19,21 <sub>b</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.181 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%).**

**Diferencias en función de la edad de la gestante.**

	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
Sí	80,56	85,04 <sub>a</sub>	77,93 <sub>a</sub>	80,43 <sub>a</sub>
No	14,35	10,24 <sub>a</sub>	15,49 <sub>a</sub>	17,39 <sub>a</sub>
No sabe/no contesta	2,08	2,36 <sub>a</sub>	2,82 <sub>a</sub>	0,00
No sabe	1,62	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
No contesta	0,23	0,00	0,47 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.182 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%).**

**Diferencias en función del IMC previo al embarazo.**

	Bajo	Normal	Alto	Obesa
Sí	80,52 <sub>a</sub>	78,47 <sub>a</sub>	84,78 <sub>a</sub>	92,86 <sub>a</sub>
No	18,18 <sub>a</sub>	15,69 <sub>a</sub>	8,70 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
No sabe/no contesta	0,00	2,19 <sub>a</sub>	4,35 <sub>a</sub>	3,57 <sub>a</sub>
No sabe	1,30 <sub>a</sub>	2,19 <sub>a</sub>	0,00	0,00
No contesta	0,00	0,36 <sub>a</sub>	0,00	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.183 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%).**

**Diferencias en función del país de origen de la gestante.**

	Española	Extranjera
Sí	78,06 <sub>a</sub>	88,29 <sub>b</sub>
No	16,61 <sub>a</sub>	8,11 <sub>b</sub>
No sabe/no contesta	2,19 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
No sabe	1,88 <sub>a</sub>	0,90 <sub>a</sub>
No contesta	0,00	0,90 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

**Tabla 5.184 Respuesta a la pregunta: Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (%).**  
**Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante.**

	Estudios primarios y secundarios	Estudios superiores
Sí	80,38 <sub>a</sub>	82,04 <sub>a</sub>
No	13,88 <sub>a</sub>	15,53 <sub>a</sub>
No sabe/no contesta	2,39 <sub>a</sub>	0,97 <sub>a</sub>
No sabe	1,91 <sub>a</sub>	1,46 <sub>a</sub>
No contesta	0,48 <sub>a</sub>	0,00

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

## 6. DISCUSIÓN

### 6.1. Datos personales y antropométricos

El colectivo de gestantes estudiado presentó una edad media de  $31,63 \pm 4,87$  años (Tabla 5.1). En este sentido, Murakami y col. (2015) han señalado como el número de mujeres embarazadas con una edad elevada se ha incrementado en todo el mundo.

De acuerdo con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) (Cuadro 6.1), las mujeres extranjeras fueron, significativamente más jóvenes ( $29,21 \pm 5,53$  años) que las españolas ( $32,46 \pm 4,34$  años) (Tabla 5.15).

Por otro lado, y de forma similar a lo encontrado por otros autores en países desarrollados (Carolan y col., 2013; Bener y col., 2013), la edad de las gestantes estudiadas fue significativamente superior en las que tenían estudios superiores (Tabla 5.22).

Cuadro 6.1 Edad media (años) de las gestantes según la nacionalidad de la madre (INE, 2014)

Años:	2013	2012	2011	2010	2009
<b>Total Nacional</b>	31,66	31,56	31,44	31,20	31,04
- Española	32,21	32,15	32,05	31,84	31,71
- Extranjera	29,12	28,94	28,86	28,69	28,50
<b>Total Comunidad de Madrid</b>	32,23	32,09	32,00	31,80	31,57
- Española	33,00	32,96	32,88	32,77	32,59
- Extranjera	29,48	29,27	29,14	29,06	28,78

Al analizar los datos antropométricos, se encontró que las mujeres tuvieron un peso medio previo a la gestación de  $61,12 \pm 10,34$  kg, siendo mayor entre las mujeres españolas y, significativamente superior ( $p < 0,05$ ), a medida que aumentaba la edad de las gestantes ( $r = 0,107$ ,  $p < 0,05$ ) (Tablas 5.1 y 5.15).

El índice de masa corporal previo al embarazo fue de  $22,98 \pm 3,73 \text{ kg/m}^2$ , cifra similar a la encontrada por otros autores en colectivos similares (Chiba y col., 2013). Este valor aumentaba a medida que se incrementaba la edad de las mujeres y fue significativamente superior en las mujeres con menos estudios al comparar con las de estudios superiores (Tabla 5.22). De hecho, se encontró una correlación negativa y significativa entre el nivel de estudios y la edad de las gestantes ( $r=-0,116$ ,  $p<0,05$ ).

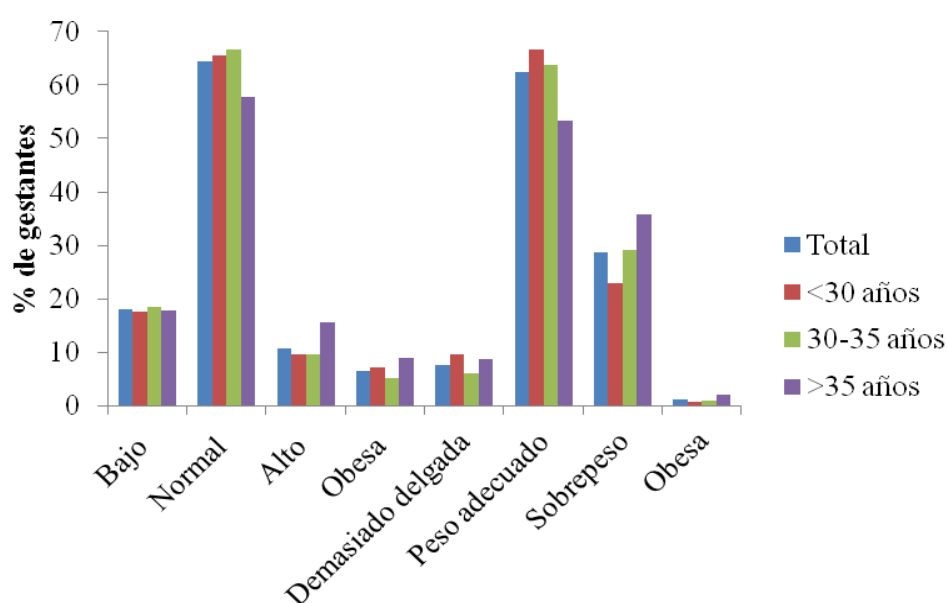
Teniendo en cuenta el criterio de clasificación ponderal para la población gestante en función del IMC (Food and Nutrition Board, 1990) un 18,12% de mujeres presentó, antes del embarazo, bajo peso y un 64,47% normalidad, mientras que un 10,82% y un 6,59% presentaron sobrepeso y obesidad, respectivamente (Tabla 5.1). Estos porcentajes, son similares a los encontrados en otros colectivos de mujeres con una edad parecida a la de las gestantes estudiadas (Khalit y col., 2013; Carolan y Frankowska, 2011; Tucker y col., 2015).

Tal y como han indicado diversos autores, la ganancia de peso durante el embarazo tiene una influencia importante en el peso y el crecimiento fetal y, en el desarrollo de las generaciones futuras (Galjaraard y col., 2013; Farah y col., 2011; Fattah y col., 2010; Skouteris y col., 2010). Así, mientras que una ganancia de peso inadecuada durante la gestación se asocia con el bajo peso al nacer, la ganancia excesiva se ha asociado con bebés grandes para la edad gestacional. Además, estudios recientes han relacionado la ganancia de peso excesiva durante el embarazo con la adiposidad neonatal, y con la obesidad infantil y adulta, independientemente de otros factores como la situación socioeconómica, el entorno familiar, o rasgos hereditarios para la obesidad (Poston, 2012; Ensenaver y col., 2013; Yin y col., 2012; Paul y col., 2013). Otros autores (Yang y Huffman., 2013), en cambio, han señalado que una ingesta prenatal diaria pobre en energía, proteínas y micronutrientes, se asocia con un mayor riesgo de obesidad adulta en la descendencia.

En el presente estudio, la ganancia media de peso a lo largo del embarazo fue de  $11,91 \pm 5,10 \text{ Kg}$  (Tabla 5.1). Este valor es similar al encontrado por otros autores en el estudio de poblaciones de características parecidas (Carrillo y col., 2010), y está ubicado dentro del promedio de aumento de peso recomendado en el embarazo por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995), que establece un rango de ganancia de peso de 10 a 13 kg.

De manera contraria a lo encontrado por Elchert y col. (2015), quienes observaron, al estudiar un grupo de mujeres de características similares, que la ganancia de peso en el embarazo aumentaba a medida que se incrementaba la edad, en el presente estudio, la ganancia de peso fue significativamente superior en el grupo de mujeres más jóvenes (menores de 30 años) que en el de mujeres de más edad (Tabla 5.1). Este hecho, podría ser debido a que las mujeres más jóvenes fueron significativamente más delgadas antes de la gestación (Tabla 5.1), siendo también superior, en este grupo de edad, el peso que creían que debían ganar durante el embarazo (Tabla 5.1).

Gráfica 6.1 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función de la edad de la gestante



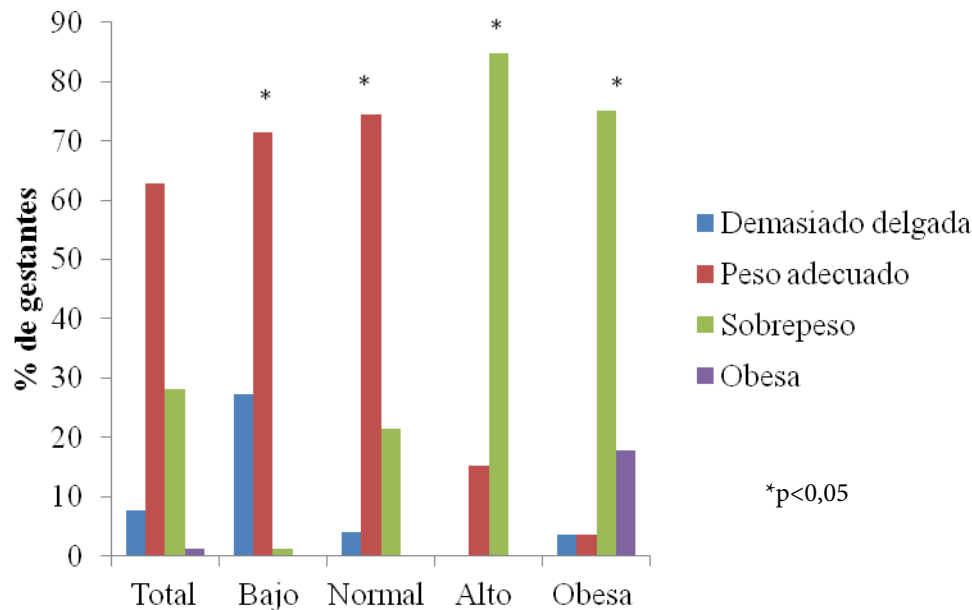
IMC previo: Bajo, Normal, Alto, Obesa

Percepción peso previo: Demasiado delgada, Peso adecuado, Sobrepeso, Obesa

Por otra parte, en las gestantes estudiadas y de forma contraria a lo observado por Holowko y col. (2014) en un colectivo de gestantes europeas, las mujeres con un nivel de estudios más alto ganaron más peso, a lo largo del embarazo, que las que tenían menos estudios (Tabla 5.22).

Con respecto a la percepción que las mujeres tenían sobre su peso antes de la gestación, las mujeres más jóvenes, se percibían más frecuentemente con un peso adecuado, mientras que a medida que aumentaba la edad las mujeres tendían más a clasificarse como sobrepeso u obesas (Tabla 5.1).

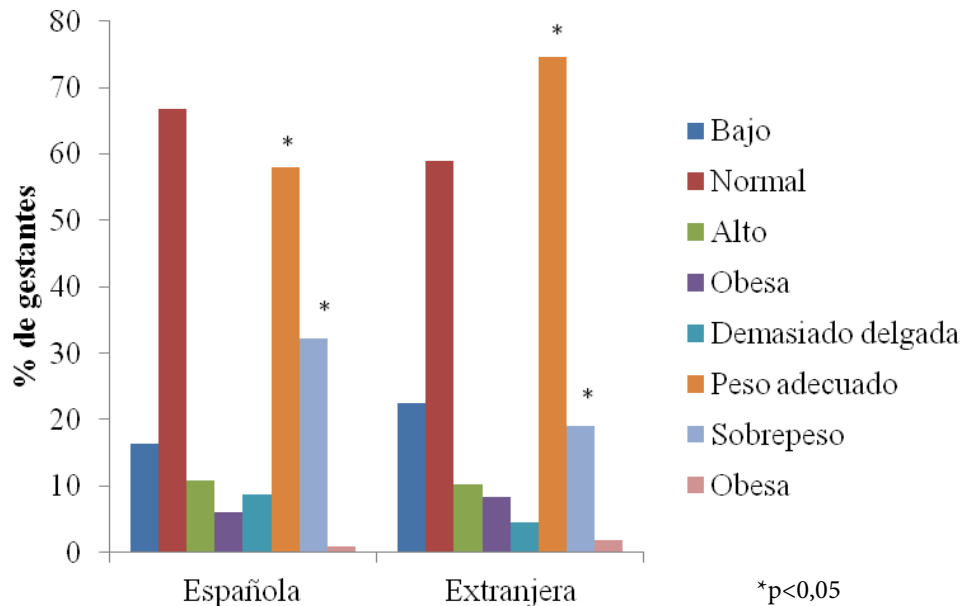
Gráfica 6.2 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función del IMC previo la gestante



IMC previo: Bajo, Normal, Alto, Obesa

Percepción peso previo: Demasiado delgada, Peso adecuado, Sobrepeso, Obesa.

Gráfica 6.3 Comparación del IMC previo real de la gestante con la percepción de su peso antes del embarazo. Diferencias en función del país de origen de la gestante



IMC previo: Bajo, Normal, Alto, Obesa

Percepción peso previo: Demasiado delgada, Peso adecuado, Sobrepeso, Obesa.

Esta percepción del peso, por parte de las gestantes, se correspondió con el peso y el IMC real, que fueron significativamente superiores en las mujeres más mayores (Tabla 5.1) (Gráfica 6.1).

Por otro lado, y tal como era de esperar, la percepción del peso previo al embarazo varió de forma significativa ( $p<0,05$ ) en los distintos grupos establecidos en función del IMC real previo al embarazo (Gráfica 6.2).

La percepción de peso previo adecuado fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) entre la población extranjera, mientras que las españolas creían de forma significativa ( $p<0,05$ ) que tenían sobrepeso antes del embarazo (Gráfica 6.3).

Contrariamente a los resultados publicados por Olagbuji y col. (2015), que observaron, que las mujeres que se percibían antes del embarazo como obesas, creían que debían ganar, a lo largo del embarazo, un peso mayor al aconsejado de acuerdo con su situación, en el presente estudio, las mujeres con un IMC previo a la gestación indicativo de obesidad, son las que creen que deben ganar menos peso en el embarazo (Tabla 5.8).

Cuadro 6.2 Límites de ganancia de peso aconsejada para gestantes en función del índice de masa corporal ( $\text{IMC} = \text{peso}/\text{talla}^2$ ) previo al embarazo

IMC (peso/talla <sup>2</sup> ) previo al embarazo	Aumento de peso aconsejado (kg)
Bajo ( $\text{IMC} < 19,8 \text{ kg/m}^2$ )	12,5-18
Normal ( $\text{IMC} 19,8\text{-}26 \text{ kg/m}^2$ )	11,5-16
Alto ( $\text{IMC} > 26 \text{ kg/m}^2$ )	7-11,5
Obeso ( $\text{IMC} > 29 \text{ kg/m}^2$ )	$\leq 6$

Los límites de peso de cada categoría son los asociados a nacimientos de feto a término que pesen entre 3 y 4 kg. (Food and Nutrition Board, 1990).

Este hallazgo, se ajusta a los valores de referencia de límites de ganancia de peso aconsejada para gestantes, que se han establecido en función del IMC previo al embarazo, de manera que las mujeres con un IMC previo más alto son las que deben tener menores incrementos de peso durante la gestación ((Food and Nutrition Board, 1990) (Cuadro 6.2).

A pesar de ello, al analizar si la ganancia de peso real de las gestantes inicialmente obesas se correspondía con la ganancia aconsejada en función de su situación ponderal previa, se observó que el peso ganado, en este grupo de gestantes, era superior al aconsejado ( $\leq 6 \text{ kg}$ ). Elhddad y col. (2014), también encontraron que la ganancia real de



peso en el embarazo en un grupo de gestantes del Reino Unido, con obesidad previa, era superior a la recomendada.

En relación con la obesidad previa a la gestación, aunque son diversos los trabajos que han señalado la necesidad de establecer estrategias para la reducción de peso antes del embarazo, con el fin de alcanzar los resultados de un parto saludable entre las mujeres obesas (Forsum y col., 2013; Dean y col., 2014; Lan-Pidhainy y col., 2013; Herring y col., 2012a), los estudios en mujeres con sobrepeso y obesidad que han investigado el efecto de la pérdida de peso antes de la concepción sobre las variables relacionadas con la salud de mujeres y niños son escasos.

En cuanto al hecho de realizar intervenciones, con el fin de reducir la ganancia de peso en mujeres obesas, durante el embarazo, los resultados obtenidos en diferentes estudios son contradictorios. Así, mientras que algunos trabajos, han llegado a la conclusión de que una reducción de la ganancia de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad, por intervenciones en el estilo de vida durante el embarazo, no tiene efectos significativos en la reducción de la incidencia de preeclampsia y diabetes gestacional (Ruifrok y col., 2014), así como en la reducción de la incidencia de neonatos grandes para su edad gestacional (Dodd y col., 2014), otros estudios han demostrado lo contrario (Thangaratinam y col., 2012).

Por otro lado, distintas investigaciones han descrito cómo las mujeres que subestiman su propio peso son más propensas a sobreestimar el aumento de peso óptimo durante el embarazo (Shub y col., 2013). De acuerdo con esto, en nuestra población se encontró una correlación negativa y significativa, entre la percepción de peso previo al embarazo y el peso que creen que se debe ganar a lo largo de la gestación ( $r = -0,193$   $p < 0,01$ ).

Por otra parte, distintos autores ponen de manifiesto que las mujeres con menos estudios creen que deben ganar más peso durante el embarazo (Herring y col., 2012a), mientras que en el presente estudio la tendencia es al contrario (Tabla 5.22).

En relación con todo este tema, diversos investigadores han puesto de relieve que sería una gran oportunidad el empleo de las consultas prenatales para promocionar la alimentación saludable y el ejercicio durante el embarazo, el puerperio, y etapas posteriores de la vida (Duthie y col., 2013), ya que hay estudios que evidencian un gran desconocimiento y una gran preocupación de la embarazada sobre la ganancia de peso

durante el embarazo y otros parámetros relacionados con su alimentación, por lo que la gestación va a resultar una etapa ideal para la educación nutricional (Stengel y col., 2012; McDonald y col., 2015).

Por otro lado, diversos trabajos han señalado que, el control de peso corporal, es uno de los temas que más preocupa a las mujeres, preocupación que se extiende a la excesiva ganancia de peso en el embarazo, ya que ésta se asocia con una mayor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad después del parto, con las consiguientes repercusiones tanto sanitarias como estéticas para la madre (Mamun y col., 2010; Gilmore y col., 2015). En este sentido, Nitert y col. (2011) pusieron de relieve que las mujeres suelen tener más conocimientos sobre los efectos adversos del sobrepeso y obesidad en la salud de la madre, que en las complicaciones neonatales.

En relación con el país de origen, en nuestro estudio, el 74,19% de las gestantes eran españolas y el 25,81% procedían de otros países, siendo significativamente mayor el porcentaje de mujeres españolas a medida que avanzaba la edad. Así mismo, se observó que el porcentaje de españolas con estudios superiores (80,98%) era significativamente más alto que entre las mujeres de otros países (19,02%) (Tablas 5.15 y 5.22).

Un 75,64% de las mujeres planificó el embarazo, siendo este porcentaje significativamente mayor ( $p < 0,05$ ) a medida que aumentaba la edad ( $r = 0,278$ ;  $p < 0,01$ ) y, significativamente superior ( $p < 0,05$ ), entre la población española frente a la extranjera (80,56% españolas versus 60,91% extranjeras). También se observó que el porcentaje de mujeres que planificó el embarazo era significativamente mayor ( $p < 0,05$ ) en las que tenían estudios superiores (83,5%) al comparar con aquellas con estudios primarios y secundarios (67,5%) (Tablas 5.1, 5.15 y 5.22).

La media del número de hijos fue de  $1,25 \pm 0,49$ , siendo mayor a medida que aumentaba el IMC previo al embarazo y, significativamente más alto ( $p < 0,05$ ), a medida que se incrementaba la edad de las gestantes ( $r = 0,259$ ;  $p < 0,01$ ). Estos hallazgos son similares a los descritos por Hauguen y col. (2014) en una población de mujeres noruegas con características semejantes a la nuestra.

En la población estudiada, el peso medio del descendiente fue de  $3,27 \pm 0,48$  kg, siendo mayor en el grupo de mujeres de 30 a 35 años de edad, sin embargo, fueron las mujeres de menos de 30 años las que tuvieron bebés con un peso más adecuado (3-4 kg). Este

hallazgo, discrepa de lo observado por Luhete y col. (2015) que encontraron que las madres más jóvenes eran las que tenían bebés de menor peso.

En relación con este tema, se ha señalado que, la nutrición infantil comienza en el útero, por lo que los programas de actuación deberían centrarse en mejorar la nutrición de la madre durante el embarazo para reducir al mínimo el riesgo de nacimiento bajo peso (Borja, 2013; Metgud y col., 2012).

En el presente estudio, el porcentaje de niños con un peso al nacer inferior a 3 kg fue del 23,98%, aumentando este porcentaje a medida que aumentaba la edad de las gestantes y, aumentando significativamente ( $p<0,05$ ), en las mujeres con un IMC previo al embarazo bajo, de forma similar a lo encontrado por otros autores al estudiar muestras semejantes (Márquez-Beltrán y col., 2013).

Así mismo, se comprobó que el peso del bebé fue significativamente superior en las mujeres con un IMC previo al embarazo indicativo de normalidad y en las obesas (Tabla 5.2), mientras que otros autores encuentran estos resultados en mujeres de IMC previo al embarazo alto y obesas (Li y col., 2014; Crane y col., 2009; Nomura y col., 2012).

En nuestra población, sólo el 19,76% de las mujeres consiguió el aumento de peso aconsejado, mientras que el 75% no llegó a conseguirlo y el 5,17% de las gestantes tuvo un aumento de peso superior al aconsejado. Olson y col. (2008) observaron, por el contrario, que la ganancia excesiva de peso era más frecuente que la ganancia de peso inadecuada, al analizar un colectivo de mujeres similar al estudiado.

Aunque Rode y col. (2007) relacionaron la mayor ganancia de peso en el embarazo con una menor incidencia de recién nacidos con bajo peso ( $<3$  kg), observando que, en mujeres con bajo peso y normopeso previo, una ganancia de peso excesiva durante la gestación daba como resultado bebés de 4 kg o más, mientras que esta asociación no era tan evidente en mujeres con sobrepeso y obesidad. Esta tendencia, en cambio, no se observa en el colectivo estudiado (Tablas 5.8 y 5.9).

En cualquier caso, Simas y col. (2012) concluyeron, en sus investigaciones, que los esfuerzos para optimizar la ganancia de peso en el embarazo, son esenciales para reducir la proporción de neonatos con peso inferior o superior al aconsejado, independientemente del IMC antes del embarazo.

La obesidad materna se ha convertido en uno de los grandes retos en la obstetricia moderna, ya que es cada vez más común y se asocia con un aumento de las complicaciones tanto maternas como fetales. La obesidad durante el embarazo se asocia con el desarrollo de diabetes gestacional y preeclampsia (Mazhizir y col., 2015). Por ello es conveniente aconsejar adecuadamente a la embarazada sobre la ganancia de peso durante el embarazo y su estilo de vida antes, durante y después del embarazo. Los vínculos epidemiológicos entre la ganancia de peso excesiva y el crecimiento fetal excesivo son débiles, sobre todo en las mujeres obesas. Distintos autores creen que hay poca evidencia de que los estudios de intervención disminuyen la excesiva ganancia de peso durante el embarazo o mejoran el crecimiento fetal intrauterino.

De hecho, existe un riesgo potencial de que las intervenciones inapropiadas durante el curso del embarazo pueden conducir a la desnutrición fetal que puede tener consecuencias clínicas adversas, tanto a corto como a largo plazo. Puede ser más apropiado cambiar el enfoque de la atención de la vigilancia materna de peso a aumentar los niveles de actividad física y mejorar la ingesta nutricional (O'Higgins y col., 2014), otras investigaciones sugieren que las intervenciones destinadas a disminuir la masa grasa durante el embarazo en mujeres obesas no impiden el nacimiento de neonatos con peso elevado (Kent y col., 2013). Así Beyerlein y col. (2011), establecen que aunque la pérdida de peso durante el embarazo en las mujeres con sobrepeso y obesidad de clase I se asoció con un menor riesgo de complicaciones en el embarazo, estos beneficios potenciales fueron claramente superados por el aumento del riesgo de nacimientos prematuros y el nacimiento de neonatos con bajo peso, mientras que en madres con obesidad de tipo III, la reducción significativa y notable en la tasa de complicaciones en el embarazo pueden ser mayores que los riesgos de la pérdida de peso durante el embarazo. Autores como Kapadia y col., 2015 tampoco aconsejan la disminución de peso durante el embarazo en las mujeres obesas ya que en sus estudios han demostrado que a pesar de la disminución de las probabilidades de recién nacidos grandes para la edad gestacional, aumentan de las probabilidades de neonatos pequeños para la edad gestacional y existe una falta de información sobre los nacimientos prematuros.

Según han indicado diversos autores, un IMC previo al embarazo adecuado (18,5 a 24 kg/m<sup>2</sup>) junto con una ganancia de peso adecuada durante la gestación tiene un gran

impacto sobre la salud general de las embarazadas y sus descendientes (Tsai y col., 2012; Crane y col., 2013; Nazari y col., 2013).

Al dividir el colectivo estudiado en función del país de origen, se observó que el peso del bebé fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) en las mujeres extranjeras ( $3,400\pm0,41$  kg) que en las españolas ( $3,23\pm0,49$  kg), así como su talla ( $50,62\pm2,50$  cm en las extranjeras versus  $49,97\pm2,38$  cm en las españolas).

Así mismo, el porcentaje de mujeres que tuvo bebés con un rango de peso adecuado (de 3 a 4 kg) fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) en la población extranjera, mientras que el porcentaje de mujeres que tuvo bebés de menos de 3 kg al nacer fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) en las españolas (Tabla 5.16).

En el presente estudio, la práctica de cesárea fue mayor a medida que aumentó la edad de las gestantes y, significativamente menor ( $p<0,05$ ), en las de bajo IMC previo al embarazo, tal y como han encontrado otros autores en estudios realizados en gestantes de características similares (Dzakpasu y col., 2014; Haugen y col., 2014; Asvanacunat, 2014; Chung y col., 2013).

También fue más frecuente esta práctica en las gestantes extranjeras, posiblemente debido a que tuvieron hijos de mayor peso (Tablas 5.2, 5.9 y 5.16).

Concretamente, en nuestro estudio, se observó que, el grupo de mujeres con mayor riesgo de sufrir una cesárea fueron las gestantes obesas, al igual que lo encontrado por otros autores (Athukorola y col., 2010; Al-Kubaisy y col., 2014; Kaplan-Sturk y col., 2013) en sociedades desarrolladas, lo que pone en evidencia la necesidad de establecer estrategias de prevención eficaces, tanto antes como durante el embarazo.

## **6.2. Datos socioeconómicos**

El 84,95% de la población estaba casada o conviviendo con su pareja, aumentando significativamente ( $p<0,05$ ) este porcentaje a medida que aumentaba la edad y el nivel de estudios, mientras que un 10,88% de la población estaba soltera y, el 4,17%, viuda, separada o en otras circunstancias. Una situación similar ha sido descrita por Downs y col. (2014), al estudiar un colectivo similar al nuestro.

El porcentaje de mujeres casadas o conviviendo con su pareja fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) en la población española, que en las mujeres de otros países, mientras

que el porcentaje de solteras fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) en las extranjeras, posiblemente debido a que la edad de las españolas fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que la de las extranjeras (Tablas 5.3, 5.17 y 5.24).

En relación con el nivel de estudios, mientras que el 0,48% y el 49,88% de la muestra de mujeres estudiada declararon tener estudios primarios y de segundo grado, respectivamente, el 45,3% y 4,34% habían realizado estudios de grado y postgrado, respectivamente. Suliga (2011), al estudiar un colectivo de gestantes europeas, encontró unos porcentajes en relación con el nivel de estudios similares.

El porcentaje de mujeres con estudios de segundo grado fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) en las mujeres de menos de 30 años, mientras que el porcentaje de mujeres con estudios superiores aumentó de forma significativa a medida que se incrementaba la edad ( $p<0,05$ ). También, a medida que aumentaba la edad y el nivel de estudios de las gestantes, se incrementaba significativamente ( $p<0,05$ ), el porcentaje de mujeres en activo desde el punto de vista laboral.

Por otro lado, en este estudio también se observó que había un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) de mujeres jóvenes (menores de 30 años) que desempeñaban profesiones de trabajadores no cualificados (12,73%). El porcentaje de trabajadores semicualificados, aumentó significativamente ( $p<0,05$ ) con el IMC previo al embarazo.

Así mismo, el porcentaje de extranjeras con estudios de segundo grado fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) al de las españolas, siendo, por el contrario, significativamente superior ( $p<0,05$ ) el porcentaje de españolas con estudios superiores y en activo desde el punto de vista laboral ( $p<0,05$ ).

También el nivel ocupacional fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) en las españolas y en las gestantes de mayor nivel de estudios (Tablas 5.3, 5.10, 5.17 y 5.24).

El tabaquismo, el consumo de alcohol y cafeína, y otros factores de estilo de vida no saludables, se han convertido en una parte integral de la vida cotidiana de muchos hombres y mujeres, que consumen estas sustancias nocivas regularmente, a pesar del conocimiento de sus efectos perjudiciales. Los efectos adversos para la salud de estas exposiciones voluntarias e involuntarias son aún más preocupantes en mujeres en edad

fértil, donde la exposición tiene el potencial de causar daño a dos generaciones (Lassi y col., 2014; van Uiter y col., 2013; Patra y col., 2011).

Además, si bien, cada factor aislado supone ya de por sí un factor de riesgo importante, algunos autores (Lange y col., 2015), han demostrado que la coocurrencia de consumo de alcohol y tabaco, durante el embarazo, tiene un efecto negativo sinérgico en los riesgos fetales y perinatales.

Respecto al hábito tabáquico, el 34,65% de nuestras gestantes declaró ser fumadora antes del embarazo, cifra similar a la encontrada por otros autores en gestantes españolas (Cuervo y col., 2014). De manera similar a lo señalado por Adegboye y col. (2010), este porcentaje disminuía, a medida que aumentaba la edad de las gestantes, al igual que el número de cigarrillos/día fumados.

En nuestra población, el 51,33% de las mujeres declaró haber abandonado el hábito al quedar embarazadas, siendo el grupo de mujeres de edad entre 30 y 35 años, las que más fumaban y las que fumaban un mayor número de cigarros al día (4,72 cigarros/día) durante el embarazo. Mateos-Vilchez y col. (2014) en un estudio similar encontraron que las mujeres que más fumaban en el embarazo eran las más jóvenes.

El porcentaje de españolas que fumaba antes del embarazo fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) al de las extranjeras, fumaban significativamente más cigarros al día ( $p<0,05$ ), habían dejado de fumar al quedarse embarazadas un porcentaje significativamente inferior ( $p<0,05$ ) y fumaban más cigarros al día que las mujeres de otros países (Tablas 5.5, 5.19 y 5.26).

En relación con este tema, se ha comprobado cómo el tamaño al nacer está fuertemente asociado con el tabaquismo (Nilsen y col., 2010). Así mismo, distintos autores han observado que las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo aumentan mucho de peso durante la gestación, sin embargo, los beneficios de dejar de fumar para la salud materna y fetal pueden ser mayores que la desventaja de la excesiva ganancia de peso (Levine y col., 2015; Adegboye y col., 2010; Furuno y col., 2004).

Por otro lado, algunos autores (Vikanen y col., 2010), han encontrado asociación entre el hecho de fumar durante el embarazo y la reducción de las náuseas durante la gestación, hallazgo que no se ha constatado en el colectivo estudiado.

En cuanto a la influencia del nivel de estudios sobre el hábito tabáquico durante la gestación, y coincidiendo con lo encontrado en otros trabajos (Levine y col., 2013; van den Berg y col., 2012; Mateos-Vilchez y col., 2014), en nuestro estudio, el porcentaje de mujeres de mayor nivel de estudios que fumaba antes del embarazo (25,85%) fue significativamente menor ( $p<0,05$ ) que el de las de menos estudios (44,02%), fumaban significativamente ( $p<0,05$ ) menos cigarros al día antes del embarazo, dejaron de fumar al quedarse embarazadas en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) y fumaban significativamente menos cigarros al día ( $p<0,05$ ) durante el embarazo que las de menor nivel de estudios (Tablas 5.5, 5.19 y 5.26). Estos autores (Levine y col., 2013; van den Berg y col., 2012; Mateos-Vilchez y col., 2014) también pusieron de manifiesto que las mujeres con menos estudios, que eran las fumadoras, tuvieron un riesgo de parto prematuro superior, y descendientes con más bajo peso, que las mujeres con un nivel de educación superior.

Por lo tanto, según estos estudios, fumar explica en gran medida la relación entre la educación materna más baja y los resultados perinatales adversos. Por lo tanto, las intervenciones educacionales en mujeres con menos estudios deberían contemplar el tabaquismo materno para reducir los efectos nocivos en el recién nacido (van den Berg y col., 2012).

Al analizar el consumo de alcohol en la población estudiada, un 8,84% de las gestantes declaró consumir bebidas con alcohol durante el embarazo, hecho que se incrementó de forma paralela a la edad y que fue significativamente menor en las españolas frente a las extranjeras ( $p<0,05$ ) y más bajo en las mujeres con menos estudios ( $p<0,05$ ). Las bebidas con alcohol consumidas fueron cerveza ( $1,25\pm0,80$  veces/semana) y vino ( $0,95\pm0,79$  veces/semana).

La cafeína (1,3,7-trimetilxantina) es un alcaloide natural que se encuentra principalmente en alimentos como el café, el té, las bebidas de cola y algunas bebidas gaseosas, y el chocolate. Durante el embarazo, el aclaramiento de la cafeína ingerida por la madre disminuye progresivamente desde el primer al tercer trimestre, atravesando fácilmente la barrera placentaria y llegando, de esta forma, al feto. La exposición excesiva del feto a la cafeína aumenta, en él, los niveles de catecolaminas, lo que puede llevar a la vasoconstricción y la hipoxia-fetal de la placenta, y eventualmente afectar el crecimiento y el desarrollo fetal. Esto es lo que ha hecho que distintas investigaciones



hayan asociado el alto consumo de bebidas con cafeína durante el embarazo con un mayor riesgo de parto prematuro (Okubo y col., 2015; Care Study Group., 2008; Sengpiel y col., 2013).

En este sentido, el 69,37% de nuestra población declaró consumir bebidas con cafeína durante el embarazo, siendo esta cifra menor a medida que aumentaba la edad de las gestantes (Tabla 5.7).

Las bebidas con cafeína más consumidas fueron, el café (45,24% de la población) y las colas (33,18% de la población), siendo las más jóvenes (menos de 30 años) las que consumían significativamente ( $p<0,05$ ) en mayor proporción bebidas de cola (42,86%) con respecto a las mujeres de más edad.

Así mismo, se observó que las mujeres extranjeras, si bien consumían menos tazas de café ( $p<0,05$ ), tomaban más tazas de té ( $p<0,05$ ), que las españolas.

Con respecto al nivel de estudios, las mujeres que consumían más bebidas con cafeína fueron aquellas con un menor nivel de estudios, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) al comparar con las de estudios superiores, lo cual fue debido al mayor consumo de bebidas de cola en este colectivo, que consumieron más frecuentemente ( $p<0,05$ ) y más veces al día ( $p<0,05$ ) esta bebida (Tablas 5.7, 5.21 y 5.28).

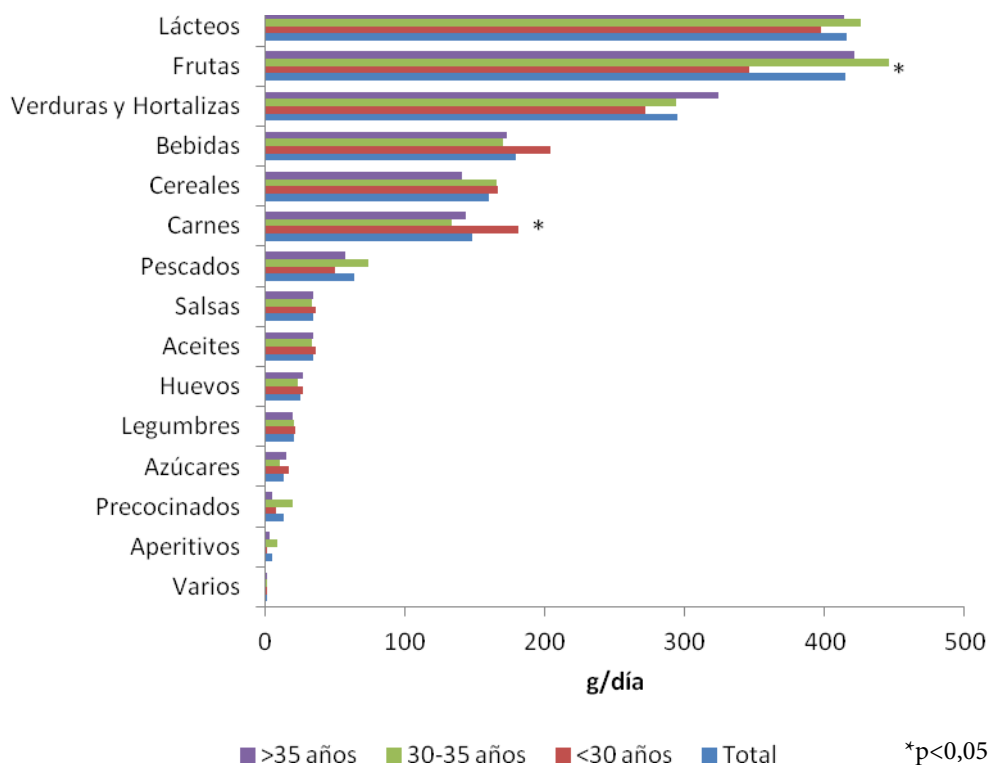
También observamos, en la población estudiada, que el peso al nacer disminuía según aumentaba el número de tazas de café consumidas al día ( $r=-0,137$ ,  $p<0,036$ ), hallazgo que ya ha sido señalado por numerosos autores en estudios llevados a cabo en otros colectivos de gestantes (Sengpiel y col., 2013; Rhee y col., 2015; Chen y col., 2014; Bakker y col., 2010).

### **6.3. Datos dietéticos**

#### **6.3.1. Consumo de alimentos**

El consumo medio de alimentos en el colectivo estudiado fue de  $1822,58\pm535,54$  gramos/día. Los grupos de alimentos, expresado en gramos/día más consumidos fueron las frutas, seguidas de los lácteos y, de las verduras y hortalizas (Gráfica 6.4).

Gráfica 6.4 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función de la edad de la gestante

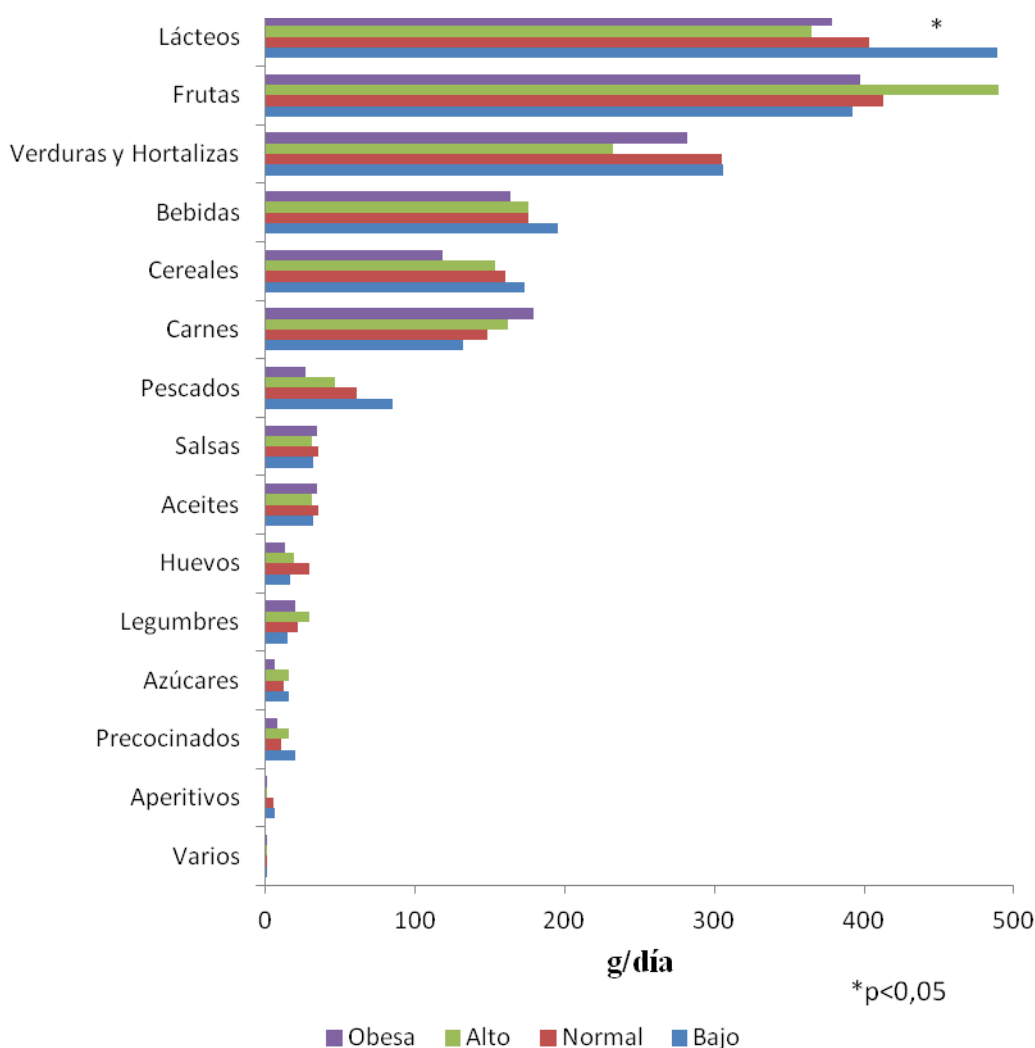


El consumo de fruta fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) en las mujeres de 30 a 35 años, mientras que las más jóvenes consumieron significativamente ( $p<0,05$ ) más gramos de carne (Tabla 5.29) (Gráfica 6.4), hecho similar al encontrado por otros autores en colectivos semejantes (Villar-Vidal y col., 2015).

Del mismo modo y, al igual que han observado otros autores (Uusitalo y col., 2008), las mujeres de mayor nivel educativo fueron las que consumieron mayor cantidad de verduras (Tabla 5.50).

Por otro lado, y aunque la diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa, a medida que aumentaba el IMC previo al embarazo las mujeres ingerían menos gramos de alimentos al día, si bien cabe destacar un mayor consumo de lácteos en las mujeres con bajo IMC previo ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.36) (Gráfica 6.5).

Gráfica 6.5 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del IMC previo

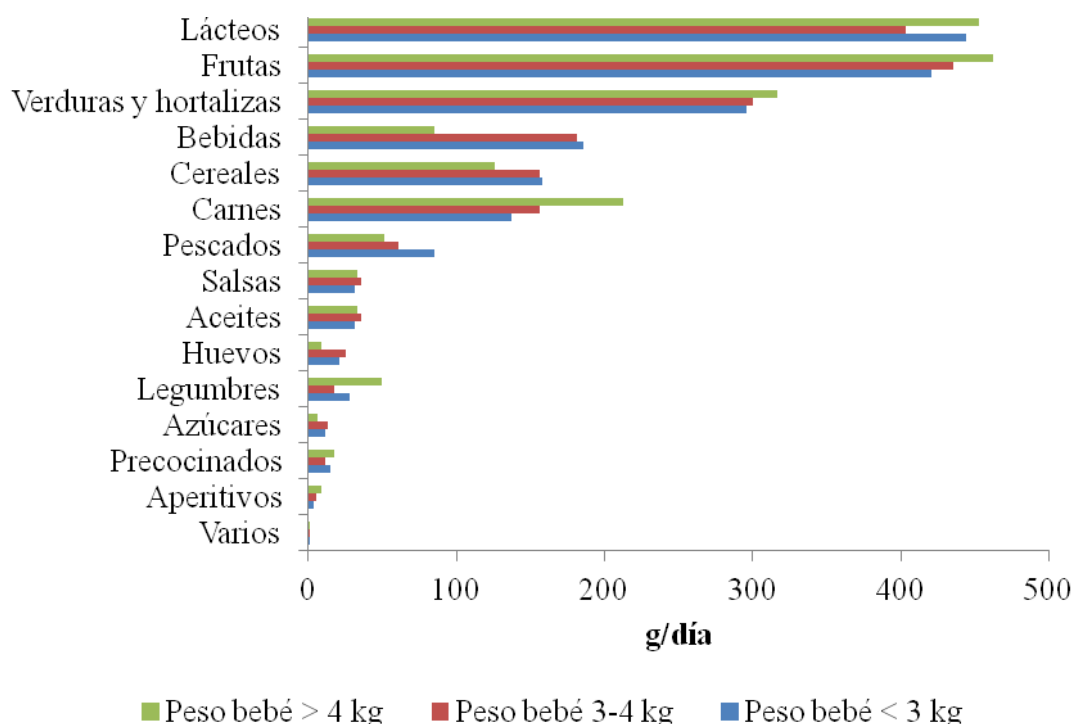


Estudios anteriores han sugerido que el consumo de leche durante el embarazo puede tener efectos promotores del crecimiento en la descendencia en el útero, debido posiblemente a que el consumo de leche aumenta las concentraciones sanguíneas de un factor de crecimiento similar a la insulina I (IGF-I), que es un importante factor determinante del crecimiento durante la infancia. Así, Hrolfsdottir y col. (2013), observaron, al estudiar un colectivo de gestantes danesas, que aquellas que tomaban más de 150 mL de leche al día tenían recién nacidos con mayor peso y talla al nacer, que las mujeres con un consumo de leche más bajo. Otros autores, también han hallado resultados similares (Olsen y col., 2007; Heppe y col., 2011b). En la población estudiada, en cambio, no se encontró asociación entre el consumo de leche ( $r=-0.088$ ;NS) o el consumo de lácteos y el peso al nacer del niño.

Durante la última década, se ha incrementado ligeramente el consumo de pescado, atribuyéndose este hecho, principalmente, al mayor conocimiento general sobre su valor nutricional. Sin embargo, el efecto del consumo de pescado por parte de la madre durante el embarazo es en realidad un tema muy delicado, ya que muchos tipos de pescado son una importante fuente de exposición al metilmercurio (Jedrychowski y col., 2010).

En el colectivo estudiado, y de forma similar a lo descrito por otros autores al estudiar colectivos de gestantes (Heppe y col., 2011a), se encontró una asociación positiva y significativa entre el consumo de pescado y la edad ( $r= 0,125$ ,  $p<0,01$ ) y el nivel de estudios de las gestantes ( $r= 0,144$ ,  $p<0,01$ ).

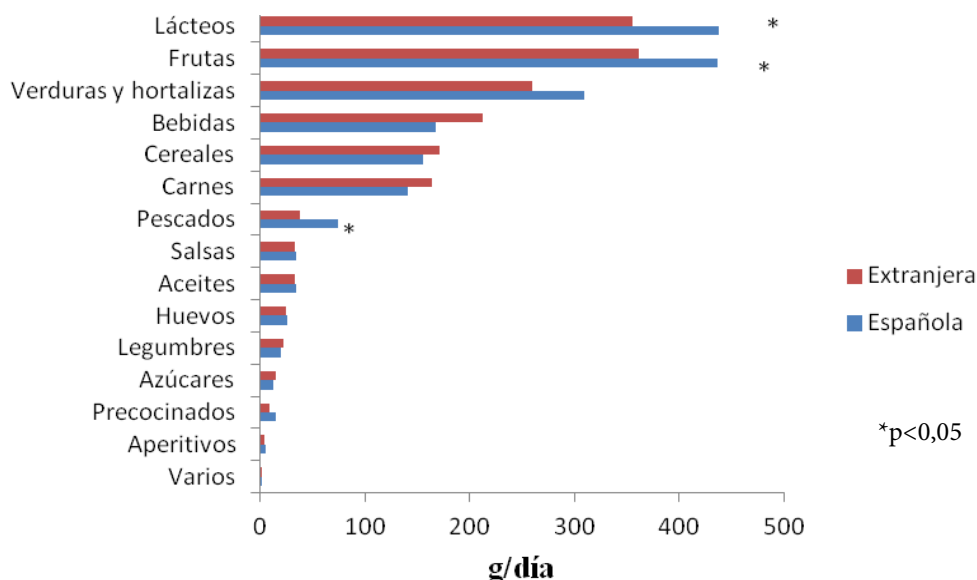
Gráfica 6.6 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del rango de peso del descendiente



Akbari y col. (2015), observaron que las madres con recién nacidos con peso normal tenían un consumo significativamente superior ( $p<0,05$ ) de lácteos y pescados, así como de frutas y verduras; el consumo de pan y cereales, también fue mayor en madres de recién nacidos con peso normal con respecto a las que tuvieron bebés con bajo peso al nacer. Otros autores (Murphy y col., 2014; Mikkelsen y col., 2006; Leventakou y col., 2014; Timmermans y col., 2012), también han encontrado diferencias en el consumo de verduras y hortalizas, y frutas, en función del peso del recién nacido, siendo superior en

las madres de los niños con un peso al nacer dentro del rango normal al comparar con los de peso al nacer bajo. Ramón y col. (2009), sólo encontraron esta asociación con el consumo de verduras, pero no para el de frutas.

Gráfica 6.7 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del país de origen de la gestante

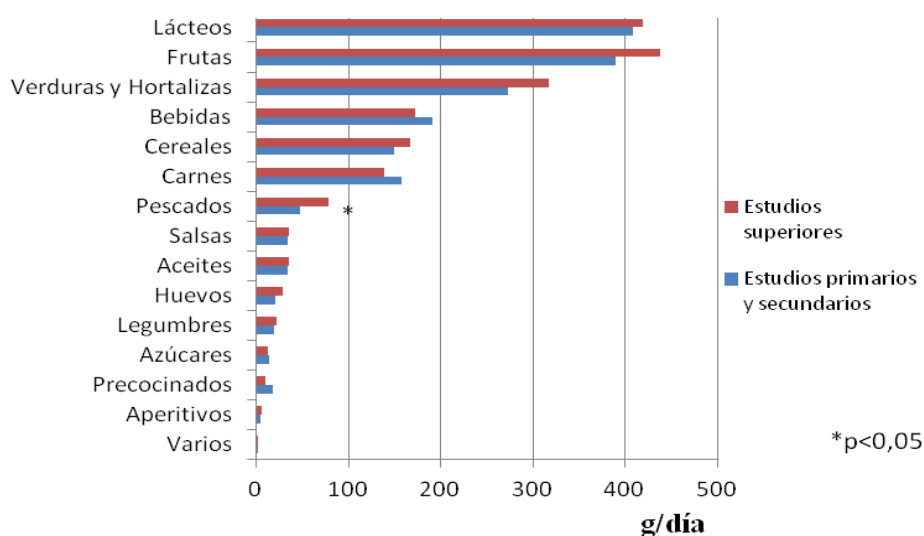


En el presente estudio, en cambio, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de los distintos grupos de alimentos al dividir a la población en función del peso al nacer del niño (Gráfica 6.6)

Al analizar el consumo de alimentos, en función del país de origen de las gestantes, en la población estudiada, se observó un consumo significativamente mayor de gramos totales de alimentos en la población española ( $p<0,05$ ) al comparar con la extranjera, destacando un consumo significativamente mayor de gramos de alimentos procedentes de las frutas, lácteos y pescados ( $p<0,05$ ), (Tabla 5.43) (Gráfica 6.7).

También cabe destacar el mayor consumo de gramos de pescado ( $p<0,05$ ) entre las gestantes con estudios superiores (Tabla 5.50) (Gráfica 6.8).

Gráfica 6.8 Consumo de grupos de alimentos (g/día). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante



En este sentido, distintos autores han observado que las mujeres que llegan procedentes de otros países, con otras culturas en cuanto a hábitos alimentarios, al llegar a países más desarrollados consumen más alimentos tipo refrescos y alimentos procesados, lo que conlleva una mayor ingesta de ácidos grasos saturados y ácidos grasos trans, y menos frutas y verduras, lo que se traduce en una menor ingesta de fibra, ácido fólico y betacarotenos (Hromi-Fiedler y col., 2012).

Los huevos constituyen una buena fuente de proteínas de alta calidad y proporcionan, al menos, 11 nutrientes esenciales. Hay datos muy limitados con respecto al consumo de huevos durante el embarazo, ya que la mayoría de los estudios en este área se centran en la influencia del consumo de huevos enriquecidos con n-3 y n-6 de PUFA en el crecimiento del feto, la función visual y el desarrollo cognitivo (Makrides M., 2008).

En la población estudiada, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre el consumo de huevos (g/día) y la ingesta de AGM (g/día) ( $r=0.264$ ;  $p<0,001$ ), colesterol (mg/día) ( $r=0,793$   $p<0,0001$ ) y colina (mg/día) ( $r=0,876$   $p<0,0001$ ).

### 6.3.2. Ingesta de energía

La ingesta calórica en el colectivo estudiado fue de  $1984,75 \pm 579,84$  kcal/día, lo cual supuso el  $78,45 \pm 23,25\%$  del gasto energético total, con una infravaloración de la ingesta de un  $21,55 \pm 23,25\%$  (Tabla 5.30), hecho aceptado al cuantificar el consumo de alimentos con un recuerdo de 24 horas (Ferrari y col., 2002).

La ingesta de energía se correlacionó de forma significativa con el consumo de diferentes grupos de alimentos (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3 Coeficientes de correlación (r) entre la ingesta energética y el consumo de los diferentes grupos de alimentos

	r
Cereales	0,531; $p<0,01$
Verduras y Hortalizas	0,237; $p<0,01$
Fruta	0,241; $p<0,01$
Lácteos	0,286; $p<0,01$
Carnes	0,368; $p<0,01$
Huevos	0,120; $p<0,05$
Azúcares	0,247; $p<0,01$
Aceites	0,518; $p<0,01$
Bebidas	0,279; $p<0,01$
Precocinados	0,182; $p<0,01$
Aperitivos	0,274; $p<0,01$
Salsas	0,518; $p<0,01$

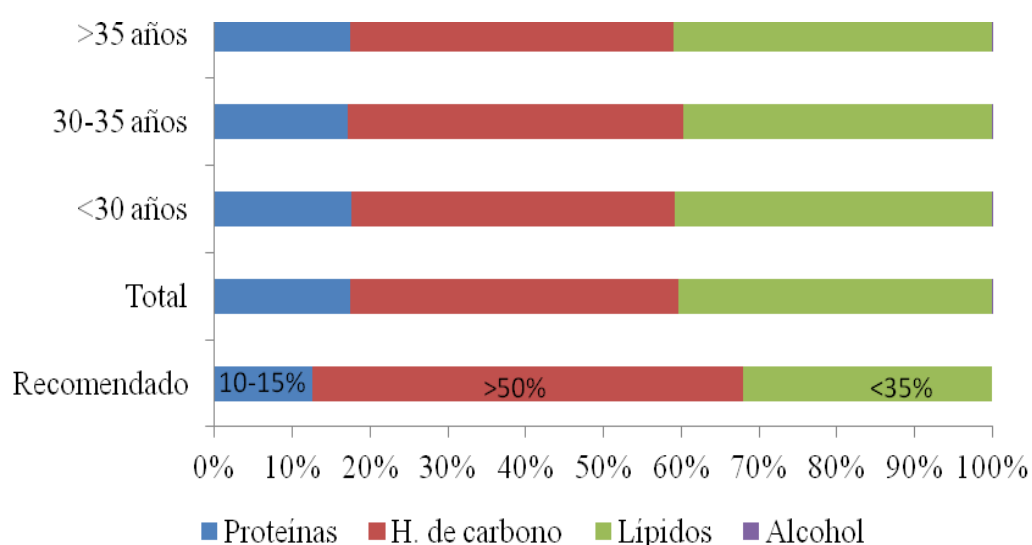
A medida que aumentaba el IMC previo al embarazo, se observó, en la población estudiada, una disminución de la ingesta calórica y un aumento significativo ( $p<0,05$ ) de la infravaloración (Tabla 5.37). En este sentido, diversos autores han señalado la mayor infravaloración, por parte de personas con sobrepeso/obesidad, al comparar con aquellas con peso más bajo (Goris y col., 2000; Harrison y col., 2000; Faci, 2002; Mena, 2003).

No se encontraron, en cambio, diferencias significativas en la ingesta de energía y la infravaloración, al dividir a la población en función del país de origen (Tabla 5.44) y el nivel de estudios de las gestantes (Tabla 5.51).

### 6.3.3. Perfil calórico y lipídico

El colectivo estudiado presentó un perfil calórico desequilibrado, con un excesivo aporte de calorías a partir de proteínas ( $17,01 \pm 3,76\%$ ) y grasas ( $39,44 \pm 8,75\%$ ), en detrimento de las aportadas por los hidratos de carbono ( $41,36 \pm 9,15\%$ ), no habiéndose encontrado diferencias significativas en función de la edad de las gestantes (Gráfica 6.9).

Gráfica 6.9 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función de la edad de la gestante

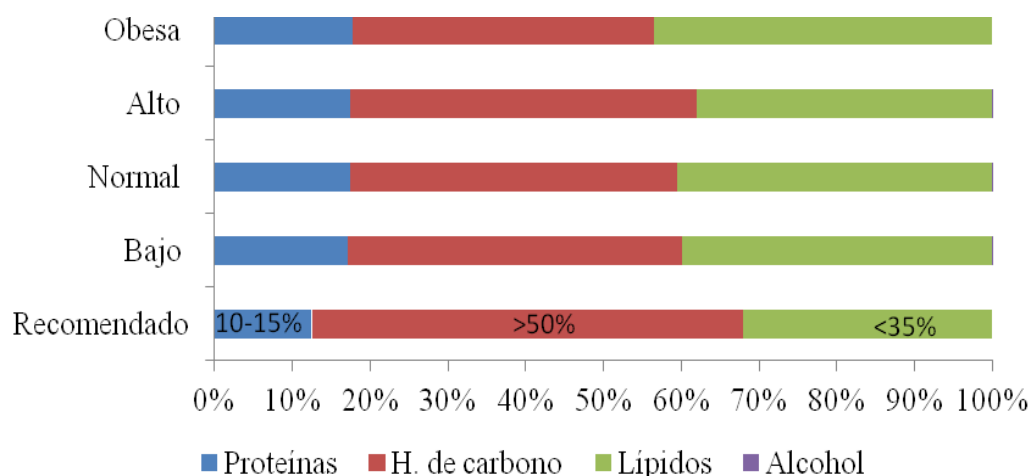


Este patrón, con un elevado consumo de proteínas y grasas, y bajo en carbohidratos es similar al encontrado en otros trabajos llevados a cabo en población española (Ortega y col., 2013; Perea y col., 2012; Ortega 2007). Sin embargo, estudios recientes (Stephens y col., 2015) aseguran que las recomendaciones actuales de ingesta de proteínas saludables para embarazadas se basan en cálculos factoriales de los datos del balance de nitrógeno derivados de las mujeres adultas no embarazadas, por lo tanto, sugieren que las recomendaciones actuales sobre la base de cálculos factoriales subestiman los requisitos.

Al dividir a la población en función del IMC previo al embarazo, y aunque no se llegó a alcanzar la significación estadística, se observó que el desequilibrio en el perfil calórico era mayor, con una mayor ingesta de proteínas y grasas, y una menor ingesta de hidratos de carbono, en el grupo de gestantes con un IMC previo al embarazo indicativo de obesidad (Tabla 5.38) (Gráfica 6.10).

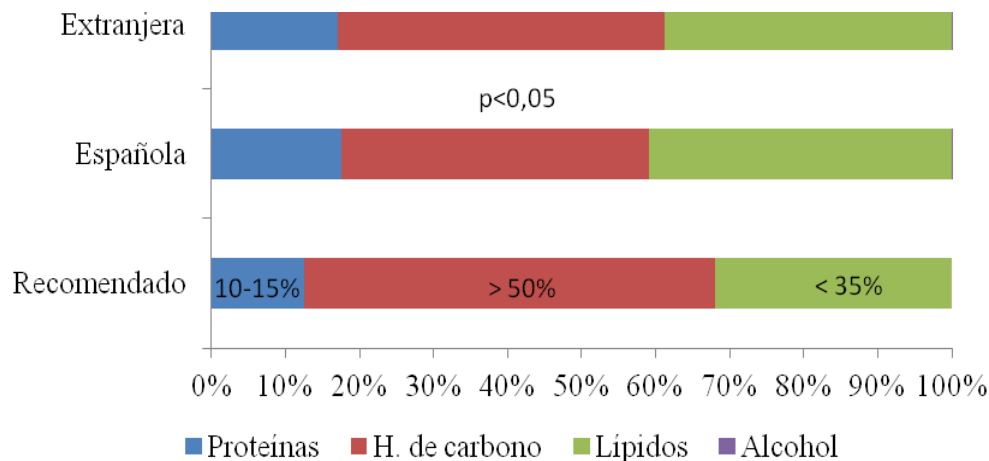


Gráfica 6.10 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función del IMC previo



Así mismo, se observó que el perfil calórico se ajustaba más al aconsejado entre la población extranjera, con un aporte calórico mayor ( $p < 0,05$ ) por parte de los hidratos de carbono (Tabla 5.45) (Gráfica 6.11).

Gráfica 6.11 Perfil calórico (% kcal). Diferencias en función del país de origen de la gestante



En el presente estudio, la ingesta de proteínas estuvo asociada con el consumo de diversos grupos de alimentos (Cuadro 6. 4).

En el colectivo estudiado, también se observó un aumento significativo ( $p < 0,05$ ) del aporte de azúcares sencillos a medida que se incrementaba la edad de las gestantes (Tabla 5.31).

Cuadro 6.4 Coeficientes de correlación significativos (r) entre la ingesta de proteínas y el consumo de los diferentes grupos de alimentos

	r
Cereales	-0,209; p<0,01
Verduras y Hortalizas	-0,127; p<0,05
Lácteos	0,194; p<0,01
Carnes	0,522; p<0,01
Pescados	0,216; p<0,01
Azúcares	-0,182; p<0,01
Aceites	-0,168; p<0,01
Aperitivos	-0,236; p<0,01
Salsas	-0,151; p<0,05

Así mismo, se observó un mayor aporte ( $p<0,05$ ) de calorías procedentes de los carbohidratos y un menor aporte ( $p<0,05$ ) de calorías procedentes de los azúcares sencillos entre las mujeres extranjeras frente a las españolas (Tabla 5.45). Diferentes estudios han demostrado que un mayor consumo de azúcar y ácidos grasos durante el embarazo se asocia con una mayor adiposidad en la descendencia (Murrin y col., 2013).

El perfil lipídico de las gestantes estudiadas también resultó desequilibrado, de acuerdo con los objetivos nutricionales marcados para la población española (Ortega y col., 2014) con un elevado aporte de energía a partir de AGS, al igual que lo observado por otros autores en colectivos similares (Singh y col., 2015; Ferriols y col., 2015). No se han encontrado diferencias significativas en el perfil lipídico de las gestantes al dividir en función de la edad, el IMC previo al embarazo, el país de origen y el nivel de estudios de la gestante (Tablas 5.31, 5.38, 5.45 y 5.52).

#### 6.3.4. Ingesta de micronutrientes

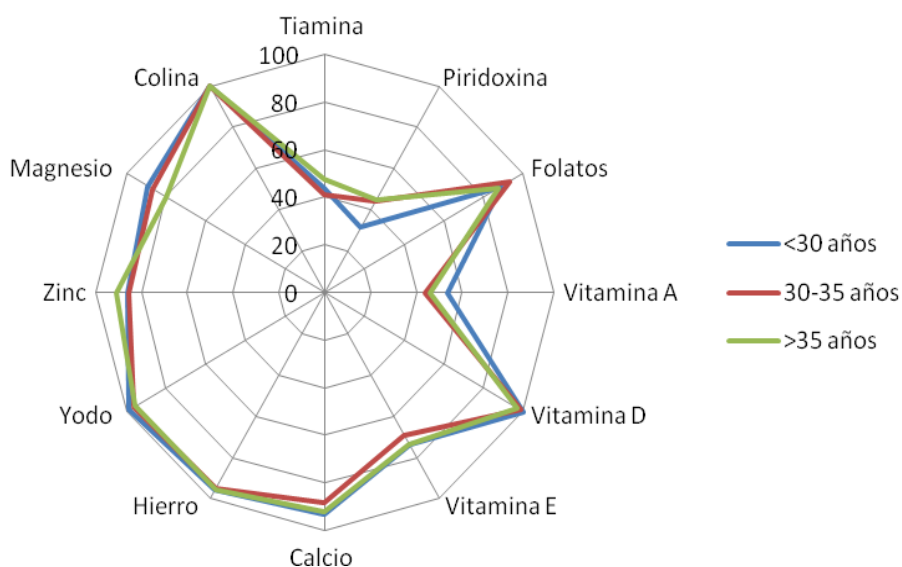
En el colectivo estudiado, la ingesta media de folatos, vitamina D, minerales y colina, no llegó a alcanzar las cifras de IR (Tabla 5.33 y Gráfica 6.13A), destacando una ingesta de especial riesgo para los folatos, vitamina D, calcio, hierro, yodo, zinc y colina, ya que más del 50% de las gestantes no llegó a cubrir 2/3 de las IR ( $<66,6\%$  IR) (Tabla

5.35) (Gráfica 6.13B). Este hecho ya ha sido señalado por otros autores en colectivos similares (Goletzke y col., 2015; Blumfield y col., 2011; Hure y col., 2009; Jung y col., 2014; Lundqvist y col., 2014).

De forma similar a lo señalado por otros autores (Vidal-Villar y col., 2015), las mujeres más jóvenes presentaron una ingesta significativamente inferior de ácido ascórbico ( $p<0,05$ ), posiblemente debido al menor consumo de frutas, verduras y hortalizas, por parte de las gestantes en este grupo de edad (Tabla 5.32, 5.29).

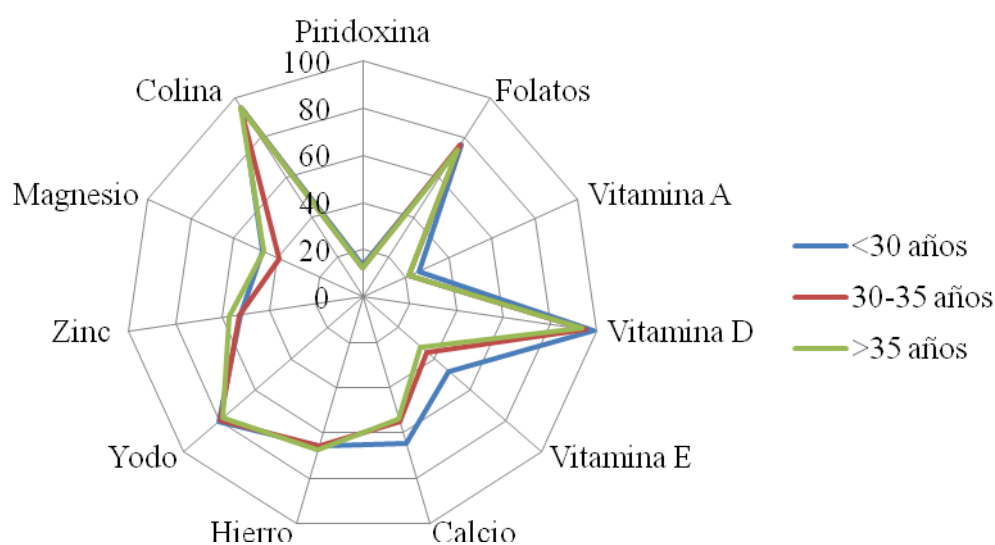
Gráfica 6.12 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función de la edad de la gestante

A.



Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 30% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

B.

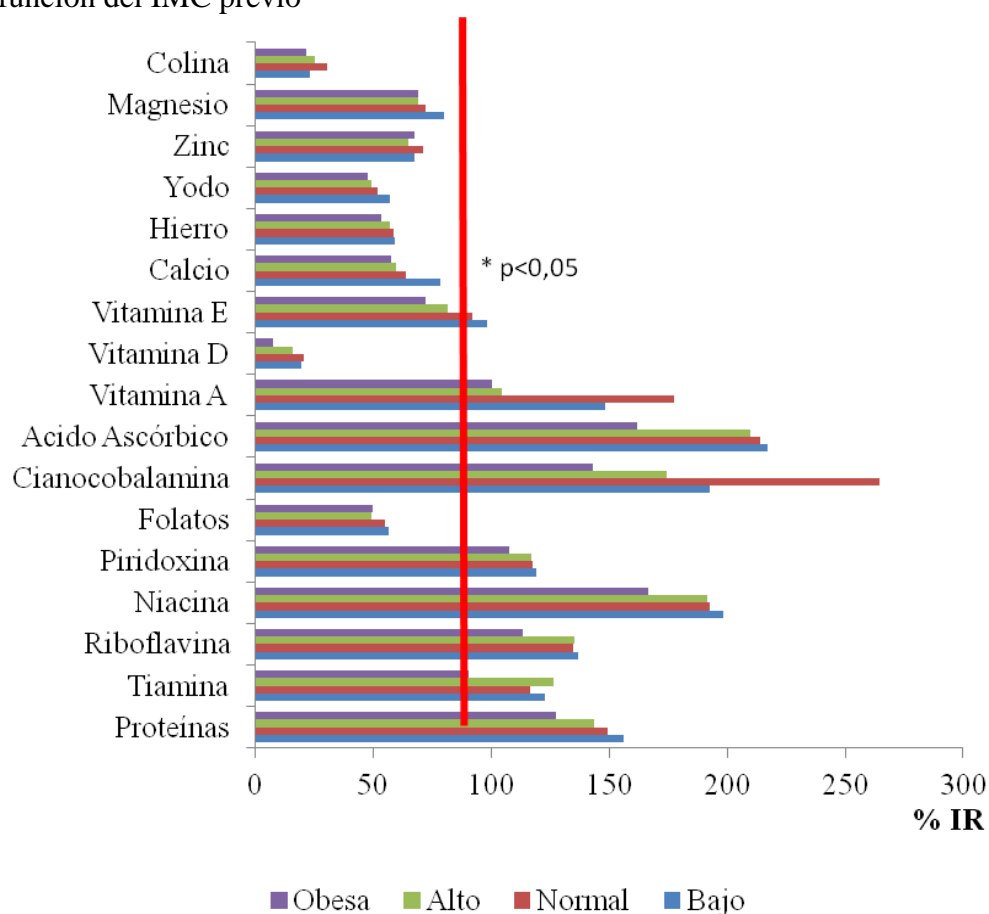


Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 10% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

Por otro lado y de acuerdo con los resultados obtenidos por Rodríguez-Bernal y col., (2013), que observaron en un colectivo de gestantes cómo el tener una ingesta inferior a la recomendada de calcio era más frecuente en las gestantes más jóvenes, en el presente estudio, se encontró que un 64,38% de las mujeres de menos de 30 años no alcanzaban 2/3 de las IR del mineral, frente al 54,86% y el 53,85% en las de más edad, aunque la diferencia entre estos porcentajes no llegó a alcanzar la significación estadística (Tablas 5.34, 5.35) (Gráfica 6.12). De hecho el consumo de lácteos también fue más bajo, aunque tampoco se llegó a alcanzar la significación estadística, en el colectivo más joven (Tabla 5.29).

Por otro lado, al dividir a la población en función del IMC previo a la gestación, la contribución a la IR de calcio fue significativamente inferior ( $p < 0,05$ ) en las gestantes con sobrepeso/obesidad previa (Tabla 5.40) (Gráfica 6.13), posiblemente debido al menor consumo de lácteos por parte de estas mujeres (Tabla 5.36).

Gráfica 6.13 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del IMC previo

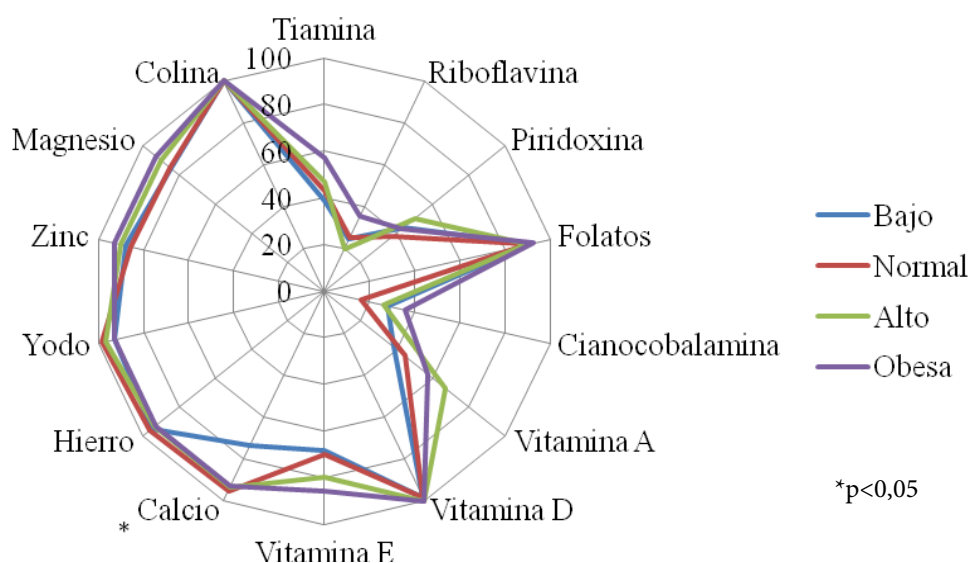


Así mismo, también se observó un mayor porcentaje de mujeres obesas (según su IMC previo al embarazo) que no cubrían las IR de tiamina, riboflavina, folatos, cianocobalamina, ácido ascórbico, vitamina D, vitamina E, zinc y magnesio (Tabla 5.40) (Gráfica 6.14).

En cuanto a la influencia del hecho de ser española o extranjera, en el presente estudio, la contribución de los micronutrientes a las IR fue, en general, inferior en la población extranjera, alcanzando la significación estadística ( $p < 0,05$ ) en el caso de la vitamina D y del calcio, yodo y magnesio (Tabla 5.47) (Gráfica 6.15).

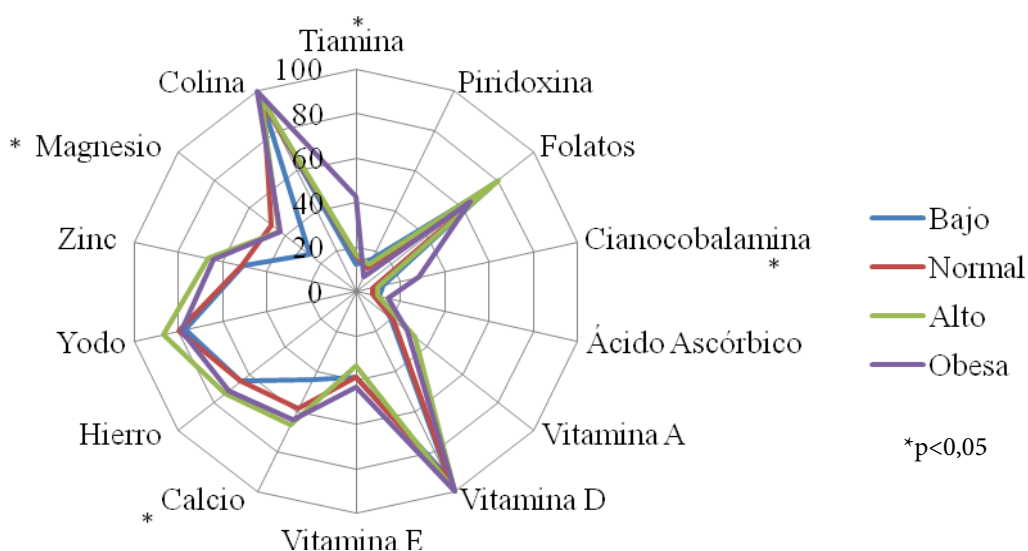
Gráfica 6.14 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del IMC previo

A.



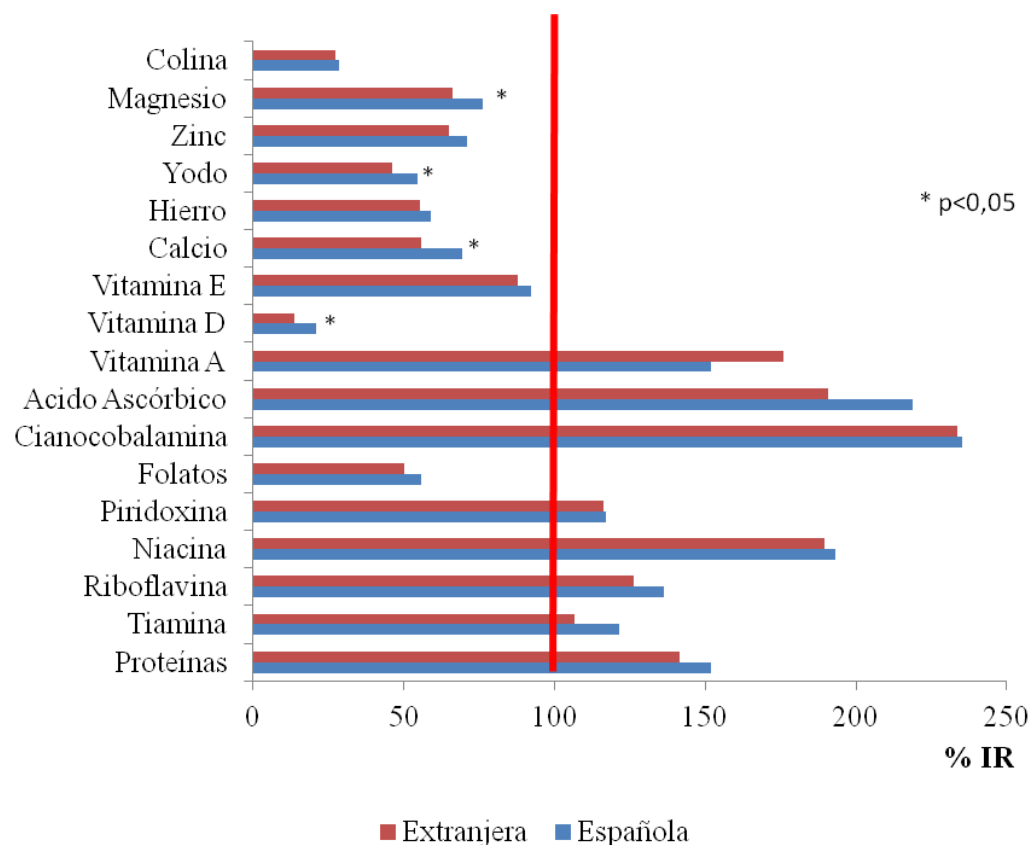
Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 30% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

B.



Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 10% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

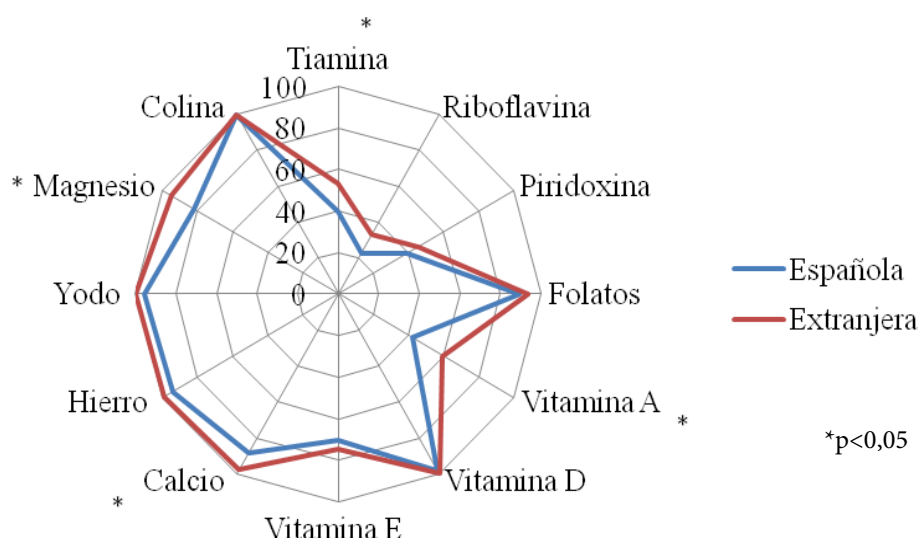
Gráfica 6.15 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante



De hecho, el porcentaje de mujeres que no llegó a cubrir las IR de vitaminas y minerales fue, en general, superior en las extranjeras, alcanzando la significación estadística en el caso de la tiamina, vitamina A, calcio y magnesio (Tabla 5.48 y Gráfica 6.16).

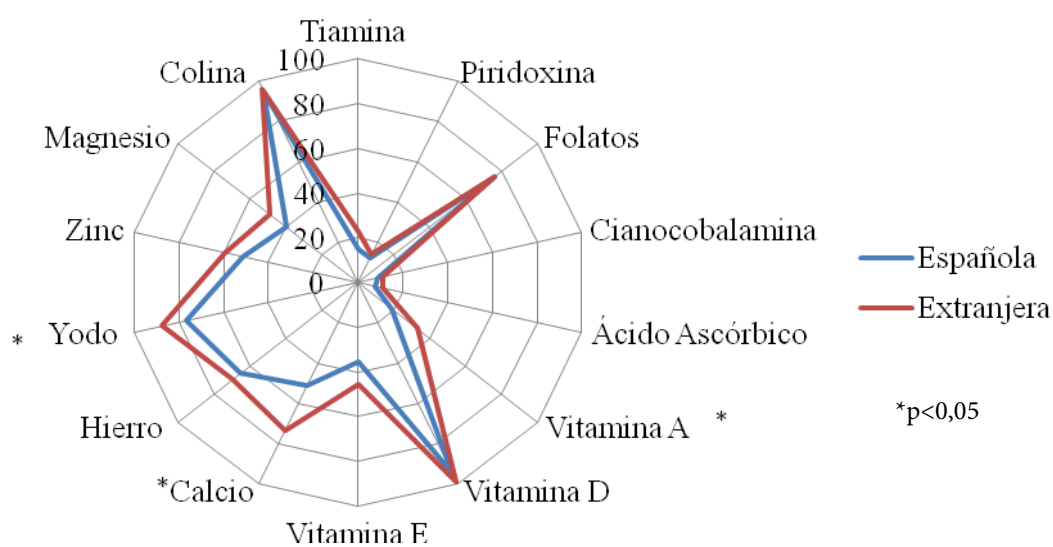
Gráfica 6.16 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del país de origen de la gestante

A.



Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 30% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

B.

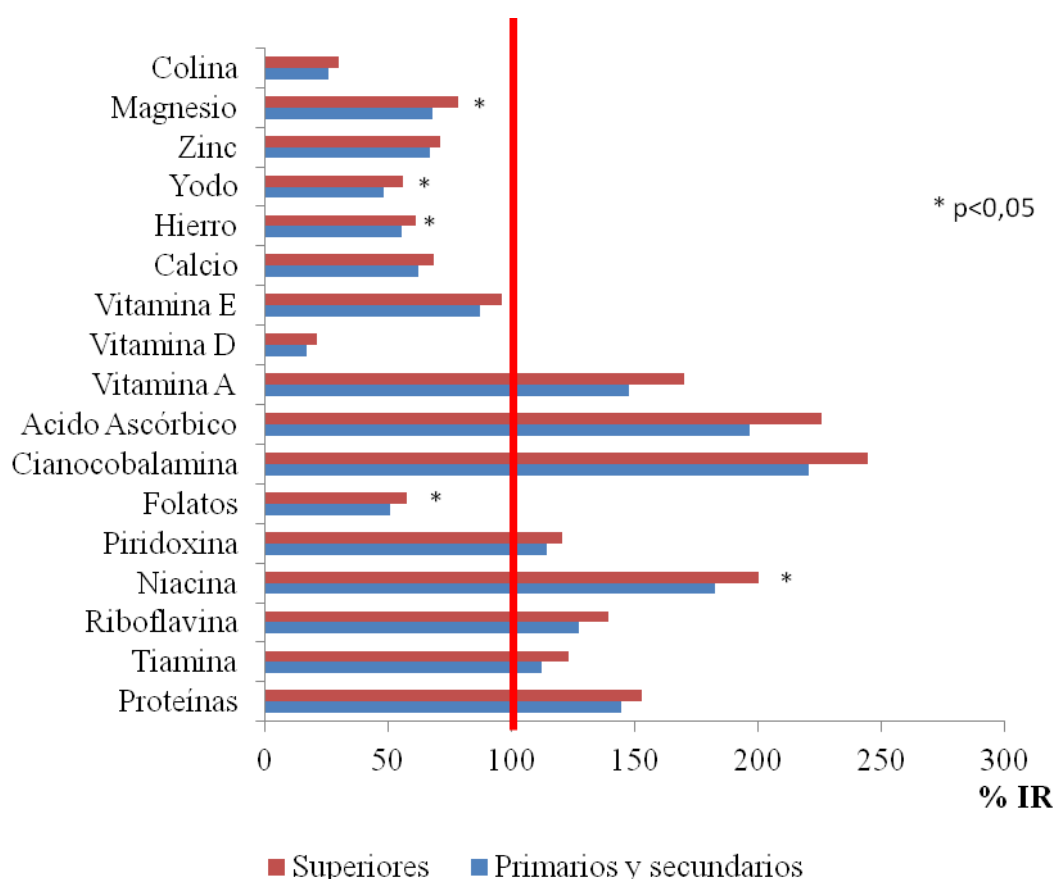


Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 10% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.



Por otro lado, las mujeres con un mayor nivel de estudios, presentaron una contribución a las IR de niacina, folatos, calcio, hierro, yodo y magnesio significativamente superior ( $p<0,05$ ) a aquellas con menor nivel de estudios (Tabla 5.54) (Gráfica 6.17).

Gráfica 6.17 Contribución de los nutrientes (%) a la cobertura de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante

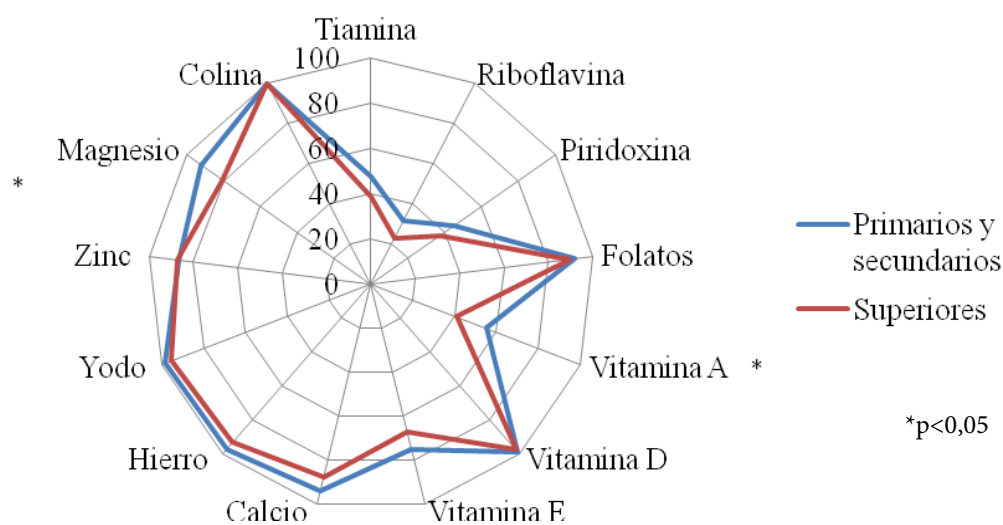


De hecho, el porcentaje de mujeres que no llegó a cubrir el 100% de las IR de niacina, cianocobalamina, vitamina A y magnesio, fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) entre las gestantes con estudios primarios y secundarios (Tabla 5.55 y Gráfica 6.18).

En base a todos estos resultados, se puede decir que, en el presente estudio, y al igual que ya ha sido puesto de manifiesto por Navarrete-Muñoz y col. (2010) al estudiar un colectivo de gestantes en Valencia (España), el incumplimiento de la cobertura de las ingestas recomendadas fue más común entre las mujeres de origen extranjero y de bajo nivel educativo (Tabla 5.48 y 5.55).

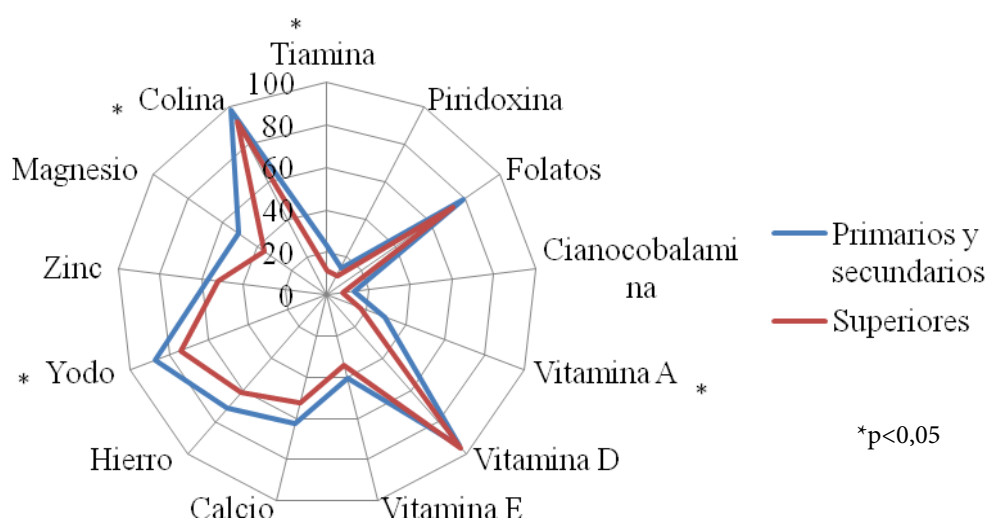
Gráfica 6.18 Porcentaje de gestantes que no cubre el 100% (A) o el 66,6% (B) de las IR. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante

A.



Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 30% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

B.



Sólo se han incluido aquellos nutrientes para los que había más de un 10% de gestantes que no cubría el 100% de las IR.

En este sentido, son diversos los autores que han señalado la existencia de una preocupación creciente en cuanto a que la mayoría de las mujeres embarazadas no están cumpliendo con las directrices nacionales para una alimentación saludable (USDA), que incluyen la ingesta adecuada de verduras, frutas, granos, leche y carne y nutrientes (ácido fólico, calcio), para satisfacer las necesidades de nutrientes y energía, y lograr un adecuado crecimiento y desarrollo fetal, y que esto, puede deberse a la falta de conocimiento o a un conocimiento inadecuado de las correctas pautas de alimentación (Donws y col., 2014; Fowlwe y col., 2012; Bojar y col., 2012; O'Neill y col., 2011).

En relación con esto, en el presente estudio, se constató, a través de una frecuencia de consumo de alimentos, que las gestantes consumían una media de  $2,60 \pm 1,18$  raciones/día de cereales, legumbres y frutos secos;  $1,43 \pm 0,86$  raciones/día de verduras y hortalizas;  $2,00 \pm 1,11$  raciones/día de frutas;  $1,21 \pm 0,58$  raciones/día de carnes, pescados y huevos, y,  $1,58 \pm 1,12$  raciones de grasas y dulces (Tabla 5.57), lo cual se aleja bastante de las pautas marcadas en las guías alimentarias diseñadas por Ortega y col. (2006) para embarazadas (Cuadro 6.5). Cuervo y col. (2014) obtuvieron unos resultados similares al estudiar un colectivo de gestantes españolas de semejantes características a las de nuestra población.

Cuadro 6.5 Número de raciones diarias de alimentos recomendado para mujeres embarazadas (Ortega y col., 2006)

Grupos de alimentos	Gestante	Alimentos	Tamaño de ración recomendada
Cereales (especialmente integrales o enriquecidos), legumbres y frutos secos	$\geq 7$	Pan, arroz, pasta, cereales de desayuno, legumbres, frutos secos	Pan: 30-40 g Arroz o pasta (crudo): 60-80 g Cereales de desayuno: 30-40 g Legumbres (crudo): 60-80 g Frutos secos: 25-30 g
Verduras y hortalizas	$\geq 4$	Verduras y hortalizas	Verduras y hortalizas crudas: 100-150 g
Frutas	$\geq 3$	Frutas	Pieza mediana o vaso de zumo
Lácteos	$\geq 3^*$	Leche, yogur y quesos	Leche: 200 mL Yogurt: 125 g Queso fresco y requesón: 30-40 g Otros quesos: 15-30 g
Carnes, pescados y huevos	2-3*	Carnes, pescados y huevos	Carnes crudas: 100-125 g Pescados crudos: 100-125 g Huevo: una unidad
Grasas y dulces	Moderación		
Bebidas no alcohólicas	$\geq 8$		
Bebidas (con alcohol)	Evitar		

Pautas dietéticas recomendadas para gestantes (Ortega y col., 2006).

\*Preferiblemente desnatados o semidesnatados. \*\*Preferiblemente sin grasa o con muy poca grasa.

De hecho, un 99,52% de las mujeres estudiadas no cumplieron con el número de raciones/día, del grupo de cereales, legumbres y frutos secos, aconsejado, y un 73,98%, un 97,58% y un 35,42% con el de frutas, verduras y lácteos, respectivamente (Tabla 5.59). Estos datos, son ligeramente superiores a los encontrados por Rodríguez-Bernal y col. (2013) y Villar-Vidal y col. (2015) en gestantes españolas y por Suliga (2011) en embarazadas europeas. En cambio, en un estudio llevado a cabo por Ortiz-Andrellucchi y col. (2009) en gestantes canarias se observó que el consumo de cereales fue inferior a

las porciones diarias aconsejadas, pero el de verduras, frutas, leche y carne, superaron las recomendaciones.

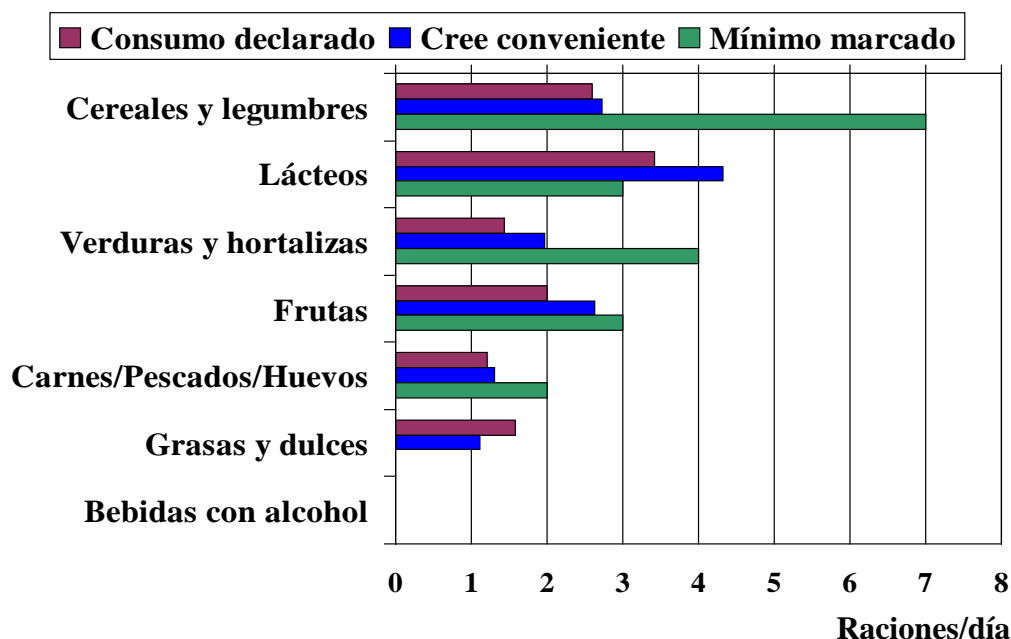
Por otro lado, y de acuerdo con los datos obtenidos por Villar-Vidal y col. (2015), el consumo de verduras y hortalizas ( $p<0,05$ ), frutas ( $p<0,05$ ) y lácteos, aumentaba a medida que se incrementaba la edad, mientras que el consumo de grasas y dulces fue mayor entre las gestantes más jóvenes (Tabla 5.57).

Las mujeres obesas, por su parte, declararon consumir, un menor número de raciones al día de todos los grupos de alimentos, siendo estadísticamente significativo en el caso de los cereales, las legumbres y los frutos secos ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.60).

En cuanto al país de origen, las españolas declararon tener un mayor consumo de cereales, frutas ( $p<0,05$ ), lácteos ( $p<0,05$ ), grasas y dulces, bebidas no alcohólicas ( $p<0,05$ ) y bebidas con alcohol, que las extranjeras; mientras que, y al igual que en otros trabajos (Villar-Vidal y col., 2015), el nivel de estudios también influía en el número de raciones/día de alimentos declarado, consumiendo más raciones de cereales, legumbres y frutos secos, verduras y hortalizas, frutas, y grasas y dulces, las gestantes con un nivel de estudios superior (Tabla 5.66).

Por otro lado, al preguntar a las gestantes sobre cuál era el número de raciones/día de cada grupo de alimentos que creían que se debía consumir, se encontró que existía un alejamiento importante entre lo que consumen y lo que creen que se debe consumir, con el mínimo marcado, especialmente para los cereales y legumbres y las verduras y hortalizas, que toman y creen que hay que tomar mucho menos de lo aconsejado. Para los lácteos por el contrario, toman y creen que hay que tomar más del mínimo recomendado (Tabla 5.57 y 5.125) (Gráfica 6.19).

Gráfica 6.19 Comparación entre el consumo declarado de grupos de alimentos (raciones/día) por la gestante, y el que ella cree conveniente con el consumo mínimo marcado



Esto indica que algunos mensajes llegan más a la población como es el caso del número de raciones de lácteos que hay que consumir al día, en cambio, esto no ocurre con otros grupos de alimentos como los cereales y legumbres o las verduras y hortalizas, donde el desconocimiento es mucho más relevante.

En cuanto al cumplimiento con respecto al número de raciones aconsejadas de alimentos y las diferencias que existen en función de la edad, se observó que, hubo un mayor porcentaje ( $p < 0,05$ ) de mujeres jóvenes que no cumplía con lo aconsejado para los lácteos ( $p < 0,05$ ) (Tabla 5.59) y un mayor ( $p < 0,05$ ) porcentaje de mujeres con sobrepeso que cumplía para las verduras y hortalizas (Tabla 5.62), posiblemente debido a la preocupación por su situación ponderal ya que estos alimentos aportan pocas calorías.

Respecto al país de origen un mayor porcentaje de españolas cumplía con lo aconsejado para las frutas ( $p < 0,05$ ), los lácteos ( $p < 0,05$ ) y las bebidas no alcohólicas ( $p < 0,05$ ) que las extranjeras (Tabla 5.65).

Según han indicado Downs y col. (2014) son diversas las investigaciones que han puesto de manifiesto que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen unos

conocimientos en nutrición insuficientes y que su dieta no cumple con todos los requisitos nutricionales del embarazo, por lo que existe una creciente preocupación en torno a este tema (Downs y col., 2014).

Por ejemplo, en un estudio realizado por de Jersey y col. (2013) en el que se analizaron los conocimientos acerca de recomendaciones dietéticas en un colectivo de mujeres embarazadas, se concluyó que las gestantes tenían una información limitada sobre el número de raciones/día que debían consumir de frutas (8%) y hortalizas (36%) y que sólo el 4% de las participantes cumplía en realidad con la pauta que aconseja consumir al menos cinco raciones de frutas y verduras al día. De un modo similar, en otro trabajo llevado a cabo por Downs y col. (2013), las gestantes identificaron, de forma incorrecta, el consumo diario aconsejado de frutas (12%), verduras (58%), cereales (42%), lácteos (75%) y carnes (58%), además de observar que las mujeres subestimaban el consumo diario aconsejado en un 4% para las frutas, un 12% para las hortalizas, un 25% para los cereales, un 28% para los lácteos, y un 58% para las carnes.

Así, en cuanto al número de raciones de alimentos al día que las gestantes creen que tienen que consumir también las mujeres de más de 35 años creían que había que consumir menor cantidad de lácteos ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.125), al igual que las extranjeras ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.129). También se observó que las mujeres más jóvenes eran las que creían que había que consumir menos raciones de cereales y legumbres ( $p<0,05$ ), mientras que las españolas creían que había que consumir más frutas ( $p<0,05$ ), si bien ninguno de estos porcentajes llegó a lo aconsejado (Tablas 5.125, 5.129 y 5.131).

Todo esto, pone de relieve un importante desconocimiento en cuanto a pautas alimentarias a seguir en las gestantes estudiadas, de forma similar a lo encontrado en otros colectivos (Downs y col., 2014; Fuehrer y col., 2015), si bien, en este grupo de población, el hecho cobra más importancia, ya que los conocimientos y los comportamientos erróneos en alimentación pueden tener mayores repercusiones que en otros colectivos. Además, dado que las gestantes son un colectivo con un alto potencial a nivel de educación nutricional, pues se trata de un momento en el que la mujer puede estar más receptiva a los cambios, conviene asegurar, al menos, que las pautas que conozcan sean las adecuadas.

#### 6.4. Preferencias, aversiones y antojos

Las mujeres experimentan cambios en el apetito y en los patrones de alimentación durante el embarazo, un período crítico para una buena nutrición (Verbeke y Bourdeaudhuij, 2007). La persistencia de las dietas no saludables durante el embarazo es motivo de especial preocupación ya que la nutrición es especialmente importante para el desarrollo fetal (Thompson y col., 2009) y la mala alimentación podría sentar las bases para la obesidad y enfermedad futura del niño. Así, las actitudes y creencias de las mujeres afectan a su comportamiento cuando están embarazadas, sin embargo se sabe poco al respecto (Godfrey y col., 2011; Patil y Young, 2012).

En este sentido, y al igual que lo encontrado por otros autores al estudiar colectivos semejantes (Groth y Morrison-Breedy., 2013), el 64,04% de la población estudiada declaró sentir más apetito durante el embarazo, disminuyendo este hecho a medida que aumentaba la edad de las gestantes (Tabla 5.69). Por otro lado, un mayor porcentaje de extranjeras declaró que había alimentos que le gustaban más ahora que estaban embarazadas ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.71).

Los alimentos que gustaban más a las gestantes estudiadas, fueron los bollos y dulces (13,89%), la fruta (10,19%), la verdura (6,48%), los encurtidos (3,70%) y el pescado (3,47%), siendo todos estos porcentajes superiores entre las mujeres menores de 30 años, a excepción de los encurtidos, que fueron preferidos mayoritariamente por las mujeres de más de 35 años (Tabla 5.69).

Respecto a las posibles diferencias en función del IMC previo, las mujeres con sobrepeso prefirieron en un mayor porcentaje los bollos y dulces, los lácteos ( $p<0,05$ ) y la ensalada ( $p<0,05$ ), mientras que el helado fue el alimento señalado como preferido en un mayor porcentaje por las obesas ( $p<0,05$ ). Las mujeres con un IMC previo al embarazo bajo, declararon preferir, en cambio, alimentos como la fruta, el arroz, los encurtidos, la carne y el tomate (Tabla 5.70).

La extranjeras declararon, por su parte, preferir más la fruta que las españolas ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.71). También destacó en nuestra población el hecho de que las mujeres con menos estudios prefirieron el pescado en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que las que tenían estudios superiores (Tabla 5.72). Sin embargo, hay autores que observan que entre las mujeres de menor nivel de estudios hay mayor preferencia



por la comida rápida (Groth y Morrison-Breedy, 2013), hecho que también se observó en el presente estudio, ya que las mujeres con menos estudios referían en un porcentaje superior a las de estudios superiores, preferencia por los precocinados, aunque no se alcanzó significación estadística (Tabla 5.72).

Un 34,11% de nuestras gestantes refirió que había alimentos o comidas que le gustaban menos ahora que estaba embarazada, cifra similar a la encontrada por otros autores en estudios similares (Herring y col., 2012), y que fue mayor entre las mujeres más jóvenes (menos de 30 años). Entre estos alimentos, las mujeres refieren mayoritariamente el pescado, las carnes, el marisco, las verduras y la leche, entre otros (Tabla 5.73).

Se observó que las mujeres obesas sintieron aversión por el huevo en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.74) que el resto de las mujeres, lo que probablemente les llevó a consumir menos este alimento (Tabla 5.36) y menos raciones a la semana de este alimento ( $2,12\pm1,26$  en bajo peso,  $2,14\pm1,19$  en normopeso,  $2,25\pm1,37$  en sobrepeso y  $2,06\pm1,63$  en obesas; NS). También fue significativamente mayor el porcentaje de mujeres con sobrepeso previo al embarazo que sintió aversión por la carne de cerdo ( $p<0,05$ ), y de obesas por el cocido ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.74).

Por otra parte, hubo un mayor porcentaje de extranjeras que manifestó aversión hacia algún alimento durante el embarazo, siendo significativamente mayor ( $p<0,05$ ) para las carnes, el pollo, el chocolate y la carne de cerdo (Tabla 5.75).

Según autores como Klimackg-Nawrot y col. (2012), el primer trimestre del embarazo es un período de disminución del placer derivado de los alimentos, mientras que la percepción de los alimentos en el segundo trimestre se caracteriza por una dimensión hedónica en general similar a la de antes del embarazo, así en las gestantes estudiadas por estos investigadores, tanto en el primer como en el segundo trimestre del embarazo, éstas mostraron una menor preferencia por la carne de vacuno y cerdo, comida picante y aperitivos salados.

Por otro lado, 42,69% de nuestras gestantes mencionó que algunos alimentos le sentaban mal durante el embarazo, siendo mayor este porcentaje en las mujeres más jóvenes. Entre estos alimentos destacaron, en mayor porcentaje, la leche, la grasa, las legumbres, el pescado, las especias, los fritos y el tomate, siendo la leche y las especias, los más señalados por las mujeres más jóvenes, mientras que las legumbres fueron las

más mencionadas por las mujeres de más de 35 años de edad (Tabla 5.77). De hecho, en el presente estudio también se comprobó que la ingesta diaria de lácteos fue menor en las mujeres más jóvenes (menos de 30 años), al igual que la de legumbres en las mujeres de 35 años o más (Tabla 5.29), lo cual pone de relieve que, el hecho de “sentarle mal”, condiciona el consumo de estos alimentos.

En otras investigaciones (Nyaruhucha, 2009), las gestantes mencionaron en un 70,1% que algunos alimentos como el arroz, la carne, el pescado y los huevos les sentaban mal durante el embarazo. Analizando estos datos en función del IMC previo observamos que hubo un mayor porcentaje significativo ( $p<0,05$ ) de mujeres con sobrepeso a las que le sentaban mal el chocolate negro y la coliflor, y un mayor porcentaje significativo ( $p<0,05$ ) de obesas a las que le sentaba mal la carne, la cebolla y el ajo (Tabla 5.78). Las españolas, refirieron en mayor porcentaje que había alimentos que le sentaban mal durante el embarazo que las extranjeras, destacando en mayor medida la grasa, el tomate y el pescado (Tabla 5.79). Los fritos, fueron mencionados en un porcentaje significativamente superior ( $p<0,05$ ) por las mujeres de nivel de estudios superior (Tabla 5.80).

En este sentido, en un estudio realizado por Groth y Morrison-Breedy (2013) en mujeres embarazadas, observaron que a pesar de las buenas intenciones de adoptar patrones de alimentación saludables, los antojos, el apetito y el gusto determinaron su elección de alimentos y que estos gustos y antojos, les obligaron a consumir alimentos densos y ricos en grasas.

Hill y McCance (2014) también observaron, al estudiar un colectivo de mujeres embarazadas en Belfast, que las mujeres que tuvieron antojos durante el embarazo consumieron mayor cantidad de energía y ganaron más peso a lo largo de éste, que las que no anhelaban los alimentos, hecho que también fue observado en nuestra población (Cuadro 6.6).

Cuadro 6.6 Ingesta de energía y peso ganado durante el embarazo. Diferencias en función de haber tenido antojos

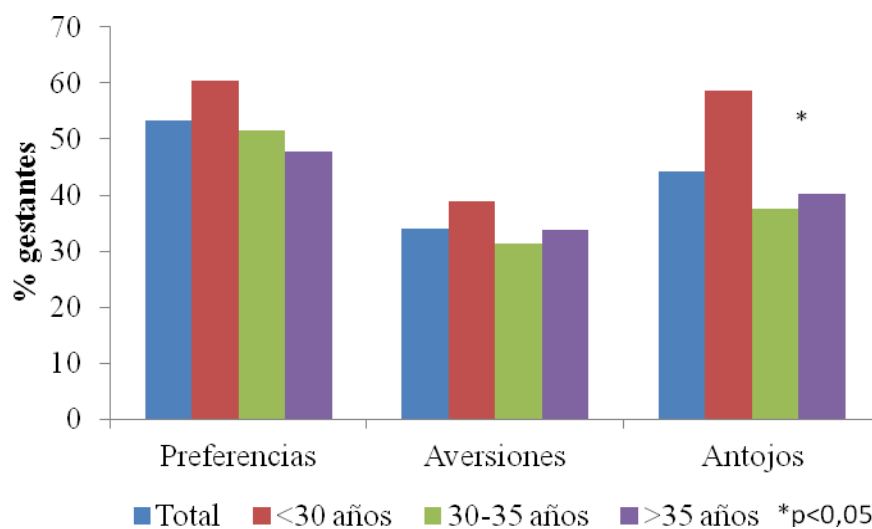
	Ha tenido antojos			
	SI		NO	
	Media	DS	Media	DS
<b>Ingesta de energía (Kcal/día)</b>	1998,56 <sub>a</sub>	591,27	1975,73 <sub>a</sub>	572,19
<b>Ganancia peso gestante (kg)</b>	12,94 <sub>a</sub>	5,39	11,10 <sub>b</sub>	4,71

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

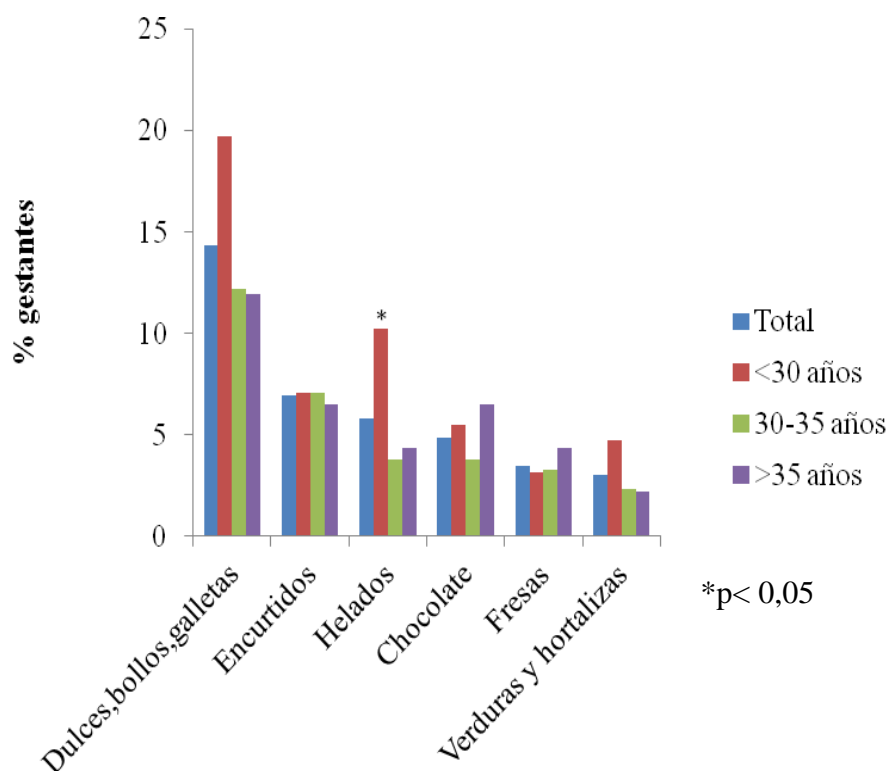
El 44,32% de nuestras gestantes declaró haber tenido antojos en algún momento del embarazo, porcentaje inferior al 80% encontrado por Belzer y col. (2010), y fue, significativamente mayor ( $p < 0,05$ ) en las mujeres de menos de 30 años (Gráfica 6.20).

Los alimentos que las mujeres referían como antojados en un mayor porcentaje fueron los dulces, bollos y galletas, los encurtidos, los helados, el chocolate, las fresas, y las verduras y hortalizas (Gráfica 6.21). Así, Farland y col. (2015) al estudiar un colectivo de gestantes en Massachusetts observaron que el 22% de las mujeres ansiaban alimentos dulces, el 13% alimentos salados y el 4,9% alimentos ricos en almidón, así, los antojos dulces se asociaron con una mayor ingesta de sacarosa, grasa total y grasa saturada; los antojos salados se asociaron con un aumento de la fibra y de los ácidos grasos n-3; y los antojos con almidón se asociaron con un aumento de los hidratos de carbono y una disminución de la grasa total, por lo tanto se observó que la ingesta de antojos salados se asoció con un menor riesgo de diabetes gestacional (OR: 0,34; IC 95% 0,12-0,97).

Gráfica 6.20 Porcentaje de gestantes (%) que había tenido antojos, preferencias y aversiones por ciertos alimentos durante el embarazo. Diferencias en función de la edad



Gráfica 6.21 Alimentos que las mujeres mencionaron como antojos en mayor porcentaje (%) durante el embarazo. Diferencias en función de la edad



Las mujeres más jóvenes (menos de 30 años) tuvieron un porcentaje significativamente más alto ( $p<0,05$ ) de antojos de alimentos como el marisco, la sandía y los helados

(Tabla 5.81), mientras que el chocolate fue señalado como antojado por un porcentaje superior de mujeres de más de 35 años (Tabla 5.81).

Las mujeres obesas tuvieron un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) de antojos de plátano, y las mujeres con sobrepeso de carne roja ( $p<0,05$ ) y snacks ( $p<0,05$ ), mientras que las mujeres con bajo y normopeso manifestaron en mayor porcentaje antojos de dulces, bollos y galletas (Tabla 5.82).

El porcentaje de extranjeras que tuvo antojos fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que el de las españolas, siendo significativamente mayor ( $p<0,05$ ) para las frutas, la sandía y, las verduras y hortalizas (Tabla 5.83).

También se observó que las mujeres con un nivel de estudios más bajo declararon en un mayor porcentaje haber tenido antojos, siendo significativamente mayor ( $p<0,05$ ) el porcentaje de este grupo de mujeres que tuvo antojos de dulces, bollos y galletas, sandía y helados, mientras que las verduras y hortalizas fueron mencionadas en un porcentaje significativamente superior ( $p<0,05$ ) por las mujeres de nivel de estudios superior (Tabla 5.84).

#### **6.5. Regímenes seguidos durante el embarazo**

El 20,88% de nuestras gestantes seguía algún tipo de régimen durante el embarazo, porcentaje similar al encontrado por otros autores (Takimoto y col., 2011), siendo mayor este porcentaje en las embarazadas de más de 35 años, y observándose un mayor porcentaje de mujeres jóvenes (menos de 30 años) que lo hacían para controlar el peso y los niveles de colesterol, mientras que las mujeres de más de 35 años lo hacían para controlar la diabetes. Así mismo, se constató que fue el médico quien, en mayor porcentaje de casos, indicó la necesidad de realizar el régimen, al contrario que en otros estudios en los que se observó que las mujeres que seguían algún tipo de régimen lo hacían, principalmente, por iniciativa propia, ya que creían que así tendrían bebés más pequeños y que esto ayudaría a tener un parto sin problemas (Takimoto y col., 2011).

También se observó que a medida que aumentaba el IMC previo al embarazo aumentaba significativamente ( $p<0,05$ ) el porcentaje de mujeres que realizaba algún régimen, siendo los porcentajes de mujeres que lo hacían para controlar la diabetes significativamente más altos ( $p<0,05$ ) en las mujeres con sobrepeso y obesas.

Las mujeres con sobrepeso seguían el régimen por iniciativa propia en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ), mientras que fue el médico el que mayoritariamente ( $p<0,05$ ) habría indicado a las obesas la necesidad de realizar un régimen (Tabla 5.86).

Las mujeres extranjeras realizaron algún tipo de régimen durante el embarazo en un mayor porcentaje que las españolas, siendo significativamente mayor ( $p<0,05$ ) el porcentaje que lo realizaba para controlar los niveles de colesterol y el de mujeres que lo realizaba por iniciativa propia ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.87). También se observó, un mayor porcentaje de mujeres de menor nivel de estudios que siguió algún régimen durante el embarazo (Tabla 5.88).

#### **6.6. Comidas realizadas al día**

En nuestra población, las mujeres realizaban una media de  $4,57\pm0,88$  comidas al día, siendo las más jóvenes (menos de 30 años) las que menos realizan la ingesta de media mañana ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.89).

El porcentaje de mujeres españolas que tomaban algo a media mañana fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) al de las extranjeras, sin embargo, fue significativamente mayor ( $p<0,05$ ) el porcentaje de mujeres de otros países que tomaban algo al acostarse (Tabla 5.91).

Además, se observó que las mujeres con menos estudios realizaban la merienda y tomaban algo al acostarse, en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que las mujeres con estudios superiores (Tabla 5.92).

#### **6.7. Alteraciones del embarazo.**

Un 62,88% de nuestras gestantes sintió náuseas o vómitos en alguna etapa de su embarazo (Tabla 5.93). Este porcentaje, es similar al encontrado por otros autores (Nyaruhucha NM, 2009) y fue significativamente superior ( $p<0,05$ ) en las mujeres más jóvenes (de menos de 30 años de edad), hecho que ya ha sido señalado por otros autores en sus investigaciones en mujeres gestantes (Chortatos y col., 2013), señalando las mujeres, el primer trimestre, como el de mayor porcentaje de incidencia de náuseas en el total de la población.

Chortatos y col. (2013), también sugieren que las mujeres gestantes con náuseas y vómitos durante el embarazo se caracterizan por tener dietas con gran cantidad de azúcares añadidos, principalmente de refrescos que contienen azúcar.

Otras alteraciones frecuentes producidas por el embarazo en nuestra población fueron, la acidez y reflujo (60,00%), el estreñimiento (48,14%), y las hemorroides (19,07%), siendo significativamente mayor el porcentaje de mujeres mayores de 35 años las que sufrieron de hemorroides (Tabla 5.93).

Así mismo, se comprobó que el 33,64% de nuestra población padeció anemia durante el embarazo, y un 4,42% diabetes gestacional, siendo estos porcentajes más elevados en las mujeres de más edad (Tabla 5.93), al igual que lo hallado por Bener y col. (2013) y Adanikin y Awoleke (2015) en gestantes de características similares.

También se observó que la incidencia de diabetes gestacional era mayor en las mujeres con sobrepeso y obesidad, al igual que lo encontrado por otros autores en colectivos similares (Flores-Padilla y col., 2014) (Tabla 5.93), y que las mujeres obesas seguían sintiendo náuseas y vómitos, en un mayor porcentaje que el resto de las mujeres, durante el segundo ( $p<0,05$ ) y tercer trimestre.

Los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y perinatal, especialmente en los países en desarrollo. Así, en la población estudiada, un 2,56% de las gestantes padecía hipertensión, porcentaje inferior al encontrado por otros autores en colectivos semejantes (Preveens y col., 2014; Bramham y col., 2014). Al igual que lo encontrado por otros autores (Bener y Salehnm, 2013), las mujeres obesas padecieron hipertensión en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que las de peso más bajo, así como las mujeres de 30 a 35 años (Tabla 5.94). Diversos estudios han identificado la mayor ingesta calórica, la menor ingesta de calcio y magnesio, así como el escaso consumo de frutas y verduras durante el embarazo, con la hipertensión (Schoenaker y col., 2014), mientras que el consumo de alimentos con un alto contenido de azúcar y alimentos con azúcares añadidos, se han asociado con la preeclampsia (Borgen y col., 2012).

Las españolas sintieron acidez y reflujo en mayor medida que las extranjeras ( $p<0,05$ ), mientras que las mujeres procedentes de otros países declararon haber tenido menos alteraciones durante el embarazo, en general, que las españolas ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.95).

No hubo diferencias significativas en cuanto a alteraciones sufridas durante el embarazo, al clasificar a la población en función de su nivel de estudios (Tabla 5.96).

Otras alteraciones citadas por nuestras gestantes fueron hipotensión, gases, dolor de cabeza, hipercolesterolemia, ansiedad e insomnio entre otras.

### **6.8. Consumo de suplementos**

El 97,68% de nuestras gestantes declaró haber tomado algún tipo de suplemento durante el embarazo (Tabla 5.97). Este porcentaje es más elevado que el señalado por otros autores (Friber y col., 2015; Branum y col., 2013) y fue más bajo ( $p<0,05$ ) en las mujeres más jóvenes (menores de 30 años), como ya ha sido puesto de relieve en estudios similares (Sato y col., 2013).

Los suplementos consumidos fueron, mayoritariamente, ácido fólico (81,21%), hierro (65,20%), polivitamínicos (37,59%), y calcio (15,55%) (Tabla 5.97).

España fue uno de los países con mayor porcentaje de consumidoras de suplementos de ácido fólico durante el embarazo, sobre todo en las mujeres de mayor nivel educativo y en las de mayor edad, en un estudio realizado en nueve países de la Unión Europea (Oliver y col., 2014). Kennedy y Koren (2012), establecen que las mujeres que se beneficiarían de dosis más altas de ácido fólico son aquellas con embarazos anteriores con defectos del tubo neural, diabetes, trastornos de mala absorción, obesidad, o las que toman medicamentos antifolatos o son fumadoras, así, estas mujeres deben tomar 5 mg/día de ácido fólico durante los dos meses antes de la concepción, manteniendo esta pauta durante todo el primer trimestre del embarazo.

Sin embargo, hay estudios que sugieren que niveles muy elevados de folatos antes de la concepción se asocian con una reducción de tamaño embrionario, si bien para determinar estos efectos se requiere una mayor investigación (Van Uiter y col., 2014).

En un estudio realizado en mujeres europeas (Países Bajos) (van Uiter y col., 2013a) se observó que algunos de los efectos adversos del tabaquismo materno en el crecimiento fetal y los resultados neonatales, podrían reducirse mediante el uso de suplementos de ácido fólico.

Por otro lado, se recomienda que las mujeres aumenten su ingesta de calcio durante el embarazo y la lactancia, aunque la dosis recomendada varía entre los profesionales y,



actualmente, no hay consenso sobre el papel de los suplementos de calcio de rutina para embarazadas que no sean para la prevención o el tratamiento de la hipertensión. Así, son diversos los investigadores (Buppasiri y col., 2011; Hofmeyr y col., 2010) que han demostrado en sus estudios que la administración de suplementos de calcio se asocia con un beneficio protector significativo en la prevención de la preeclampsia.

Distintas investigaciones han demostrado que la suplementación con proteínas durante el embarazo no es recomendable por norma general, ya que, a pesar de que se ha visto que puede reducir el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer en mujeres desnutridas, puede ser perjudicial para el feto en otras situaciones (Ota y col., 2012; Ota y col., 2015).

El magnesio es un mineral esencial para la regulación de la temperatura corporal, la síntesis de ácidos nucleicos y de proteínas, y en el mantenimiento de los potenciales eléctricos de las células nerviosas y musculares. Muchas mujeres, especialmente las procedentes de entornos desfavorecidos, tienen baja ingesta de magnesio. Los suplementos de magnesio durante el embarazo pueden ser capaces de reducir la restricción del crecimiento fetal y la preeclampsia, e incrementar el peso al nacer, pero no hay resultados lo suficientemente evidentes para demostrarlo (Makrides y col., 2014).

Por otra parte, diversos estudios han observado un beneficio significativo de la suplementación con múltiples micronutrientes durante el embarazo en la reducción de los nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional (Haider y col., 2011; Haider y Bhutta, 2012; Ramakrishnan y col., 2012), aunque tienen un efecto similar sobre la anemia materna en comparación con la suplementación con hierro y ácido fólico (Bhutta y col., 2012; Sunawang y col., 2009).

La deficiencia de hierro, constituye la deficiencia nutricional más prevalente en el mundo, sobre todo durante el embarazo. De acuerdo con la literatura, la anemia, especialmente anemia grave, se asocia con un mayor riesgo de mortalidad materna. Así, se ha comprobado que los suplementos de hierro tienen un beneficio significativo en la reducción de la anemia y la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo a término. La suplementación con hierro en combinación con ácido fólico, también tiene un impacto beneficioso sobre la anemia en esta etapa de la gestación y se debe usar rutinariamente en mujeres embarazadas, por lo menos en los países en desarrollo para

reducir la incidencia de anemia debido a la mayor demanda durante el embarazo (Yakoob y col., 2011). También se ha visto que la suplementación prenatal diaria con hierro es eficaz para reducir el riesgo de bajo peso al nacer (Peña-Rosas y col., 2012; Kindato y col., 2009; Wise, 2013).

Actualmente, no hay consenso en cuanto a la administración óptima de suplementos de hierro durante el embarazo. En un estudio realizado por Ribot y col. (2013) en mujeres españolas se observó que cuanto mayor era la dosis de los suplementos de hierro, menor era el porcentaje de agotamiento de hierro en el parto ( $p<0,001$ ), la anemia por deficiencia de hierro ( $p<0,001$ ) y los partos prematuros ( $p=0,009$ ), además de observarse una mejora del peso al nacer. Sin embargo, el grupo de mujeres tratadas con dosis altas de hierro tuvo un mayor riesgo de hemoconcentración en el momento del parto (en un 27,6% de las mujeres).

Cuando se empieza el embarazo con anemia, la suplementación con hierro con dosis diarias de entre 60 y 100 mg parece ser la más beneficiosa para la salud de la madre y el niño (Ribot y col., 2013).

En nuestro estudio (Tabla 5.97) y al igual que lo observado por Chatterjee y col. (2015) se observó que el consumo de suplementos de hierro aumentaba a medida que se incrementaba la edad (Chatterjee y col., 2015) y fue, de forma contraria a lo señalado por Nisar y col. (2014), menor, en las mujeres con un nivel de estudios superior (Tabla 5.100).

Así mismo, se observó, en el colectivo estudiado que, las mujeres con sobrepeso tomaron en mayor porcentaje suplementos de hierro ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.98).

También hubo un mayor porcentaje de españolas ( $p<0,05$ ) que tomaron suplementos de ácido fólico, sobre todo en el primer trimestre del embarazo ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.99), tal vez debido a que también fue mayor el porcentaje de españolas que planificó su embarazo ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.15).

Las mujeres con un nivel de estudios superior tomaron suplementos polivitamínicos en mayor porcentaje ( $p<0,05$ ) que las que tenían menos estudios (Tabla 5.100).

Estudios realizados por Chen y col. (2012) han sugerido que el zinc protege contra la teratogénesis, parto prematuro, muerte fetal y retraso del crecimiento intrauterino. En

relación con este tema, un 2,32% de las gestantes estudiadas tomó suplementos de zinc, aunque es muy probable que el porcentaje sea mucho mayor, ya que el zinc va incluido, en muchas ocasiones, en los preparados de polivitamínicos (Tabla 5.97).

En la población estudiada, en la mayoría de los casos, el uso de suplementos comenzó después del reconocimiento del embarazo, ya que sólo el 40,74% de nuestra población tomó algún suplemento antes del embarazo, siendo esta cifra significativamente superior en las mujeres de más edad (mayores de 35 años) ( $p<0,05$ ), y siendo significativamente superior ( $p<0,05$ ) el consumo de ácido fólico antes de la gestación en las mujeres mayores de 35 años (Cuadro 6.7), al igual que se ha encontrado en otros estudios llevados a cabo en colectivos semejantes (Sato y col., 2013), lo que sugiere una falta de conocimiento sobre el momento apropiado de utilización de suplementos de ácido fólico.

Cuadro 6.7 Consumo de suplemento previo al embarazo y tipo de suplemento (%). Diferencias en función de la edad de las gestantes

	Edad			
	Total	<30 años	30-35 años	>35 años
<b>Suplemento previo</b>	40,74	24,41 <sub>a</sub>	45,54 <sub>b</sub>	52,17 <sub>b</sub>
<b>Hierro</b>	2,08	2,36 <sub>a</sub>	2,35 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>
<b>Calcio</b>	1,16	1,57 <sub>a</sub>	1,41 <sub>a</sub>	0,00
<b>Ácido fólico</b>	37,73	21,26 <sub>a</sub>	42,25 <sub>b</sub>	50,00 <sub>b</sub>
<b>Polivitamínico</b>	1,39	0,00	1,88 <sub>a</sub>	2,17 <sub>a</sub>
<b>Yodo</b>	0,69	0,79 <sub>a</sub>	0,94 <sub>a</sub>	0,00
<b>Otros</b>	1,39	0,79 <sub>a</sub>	1,88 <sub>a</sub>	1,09 <sub>a</sub>

Los valores de la misma fila que no comparten el mismo subíndice presentan diferencias significativas ( $p<0,05$ ).

## 6.9. Conocimientos nutricionales en las gestantes

Estudios recientes sobre conocimientos nutricionales en el embarazo (Downs y col., 2014; Fuehrer y col., 2015) han puesto de manifiesto que las mujeres embarazadas, si bien, reciben información específica sobre seguridad alimentaria y micronutrientes, no reciben la información adecuada acerca de cuánto deben comer o cómo cumplir con las recomendaciones para lograr una ganancia de peso saludable.

Así, en el presente estudio, en relación a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre, el 48,96% de las gestantes contestó que sí al aceite de

oliva, siendo este porcentaje mayor en las más jóvenes ( $p<0,05$ ), en las obesas, en las extranjeras y en las que tienen menos estudios. El 31,32% contestó que sí al pan, siendo este porcentaje mayor en las más jóvenes ( $p<0,05$ ), en las obesas, en las extranjeras y en las que tienen menos estudios ( $p<0,05$ ).

Respecto a alimentos como el chorizo, la margarina y las lentejas hubo un mayor porcentaje significativo ( $p<0,05$ ) de mujeres más jóvenes (menos de 30 años) que declararon no saber contestar a esa pregunta (Tabla 5.101). Un mayor porcentaje de mujeres obesas contestó que para prevenir el exceso de colesterol en sangre se debería moderar el consumo de aceite de oliva, pan, huevos, lentejas y cereales de desayuno, y en menor porcentaje las obesas contestaron que sí al chorizo, margarina, mantequilla, queso graso, pasteles y bollería, lo que indica un gran desconocimiento en este sentido en este grupo de mujeres (Tabla 5.102).

En cuanto al país de origen, las extranjeras dijeron en mayor porcentaje, que había que moderar el consumo de aceite de oliva, el pan, los huevos, las lentejas, los cereales de desayuno y las sardinas, mientras que, en un menor porcentaje, dijeron que había que moderar el consumo de chorizo, margarina, mantequilla, queso graso, pasteles y bollería. Cabe destacar que en la población extranjera, para la mayoría de los alimentos es mayor el porcentaje de mujeres que dice no saber o no contesta que entre la población española (Tabla 5.103).

Las gestantes con menos estudios dijeron en mayor porcentaje, que había que moderar el consumo de aceite de oliva, pan ( $p<0,05$ ), lentejas, avellanas, cereales de desayuno, carne y sardinas, para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre, mientras que dijeron en mayor porcentaje, que no había que moderar el consumo de chorizo, mantequilla, queso graso, huevos y bollería. Del mismo modo, se vio que las gestantes con menos estudios declararon no saber responder a esta pregunta para todos los alimentos de la relación, siendo estadísticamente significativo ( $p<0,05$ ) para los cereales de desayuno, y la bollería (Tabla 5.104).

Respecto a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio, las españolas dicen en un porcentaje mayor que sí al queso ( $p<0,05$ ), la leche, la mantequilla y las sardinas ( $p<0,05$ ), mientras que las extranjeras piensan en mayor porcentaje que el tomate es rico en calcio (Tabla 5.107). Igualmente, es importante destacar que las mujeres extranjeras dijeron no saber contestar a la pregunta en un

porcentaje mayor que las españolas para el queso ( $p<0,05$ ), la mantequilla y las sardinas, y no contestaron en un porcentaje mayor en todos los alimentos siendo estadísticamente significativo ( $p<0,05$ ) para el tomate ( $p<0,05$ ), la mantequilla ( $p<0,05$ ), y las sardinas ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.107). Las mujeres con más estudios contestaron mejor a esta pregunta, destacando, que las mujeres con menos estudios piensan, en mayor porcentaje, que el tomate es un alimento rico en calcio (Tabla 5.108).

Respecto a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en grasa, el mayor desconocimiento se observó para los huevos y las avellanas (Tabla 5.109).

Respecto al país de origen, las extranjeras creen, en mayor porcentaje, que son ricos en grasa los huevos ( $p<0,05$ ), el arroz ( $p<0,05$ ), las lentejas ( $p<0,05$ ), las avellanas y los cereales de desayuno, mientras que piensan, en un mayor porcentaje, que los pasteles no son ricos en grasa (5.111). También para todos los alimentos consultados, excepto el huevo, en la población extranjera es mayor el porcentaje que dice no saber, siendo significativo ( $p<0,05$ ) para los pasteles, el chorizo y los cereales de desayuno y, para todos los alimentos consultados, en las extranjeras, es mayor el porcentaje que no contesta ( $p<0,05$  para todos los alimentos excepto para el huevo) (Tabla 5.111).

Las respuestas de las mujeres con nivel de estudios superior fueron mejores en todos los alimentos consultados que las de las mujeres con menos estudios y, el porcentaje de mujeres con menos estudios que declaró no saber o que no contestó fue mayor para todos los alimentos, siendo significativa ( $p<0,05$ ) esta diferencia para el chorizo y las avellanas (Tabla 5.112).

Respecto a la pregunta: Indique cuáles de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C, se observaron los errores más frecuentes para el aceite de oliva, la leche y la mantequilla, ya que un 13,49%, un 12,99% y un 4,18%, dijeron que estos alimentos son una buena fuente de vitamina C respectivamente, siendo este desconocimiento mayor en las mujeres más jóvenes (menos de 30 años) ( $p<0,05$  para el aceite de oliva y la leche) (Tabla 5.113).

También un mayor porcentaje de las extranjeras creen que la leche ( $p<0,05$ ) y la mantequilla ( $p<0,05$ ) son buena fuente de vitamina C (Tabla 5.115). Esta misma tendencia se observa en las mujeres con menos estudios (Tabla 5.116).

Respecto a la pregunta: Qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso, el 58,70% de las mujeres indicó, de forma correcta las grasas, el 18,56% los carbohidratos, el 4,64% las proteínas, un 17,17% aceptó no saber contestar y un 0,93% no contestó. El porcentaje de mujeres que respondió la grasa fue significativamente superior a medida que aumentaba la edad ( $p<0,05$ ), y en las españolas ( $p<0,05$ ) frente a las extranjeras. Fue mayor el porcentaje de mujeres que no sabía entre las gestantes más jóvenes ( $p<0,05$ ), las de IMC previo al embarazo indicativo de bajo peso ( $p<0,05$ ), las extranjeras ( $p<0,05$ ) y las de menos estudios ( $p<0,05$ ) (Tablas 5.17, 5.118, 5.119 y 5.120).

El 94,20% de nuestras gestantes cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo, siendo mayor este porcentaje, aunque no de forma significativa, a medida que aumenta la edad y en las mujeres con normopeso, y significativamente superior en las gestantes españolas ( $p<0,05$ ) y en las de mayor nivel de estudios ( $p<0,05$ ). También prácticamente el total de las gestantes estudiadas (95,13%) cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre, siendo menor este porcentaje entre las mujeres más jóvenes, en las de bajo peso, en las extranjeras ( $p<0,05$ ) y en las de menor nivel de estudios ( $p<0,05$ ).

El 68,48% de las gestantes cree que su alimentación es bastante correcta aunque podría mejorar, siendo este porcentaje significativamente más alto a medida que aumentaba la edad ( $p<0,05$ ), en las de IMC previo normal, en las españolas ( $p<0,05$ ) y las de mayor nivel de estudios ( $p<0,05$ ). El 13,03%, en cambio, piensa que su alimentación es poco correcta, siendo este porcentaje de respuesta significativamente mayor en las más jóvenes ( $p<0,05$ ), en la población extranjera ( $p<0,05$ ) y en la de menos estudios ( $p<0,05$ ). Un 4,98% de la población contesta “mucho” a esta pregunta, siendo este porcentaje significativamente más alto en las mujeres con estudios superiores ( $p<0,05$ ), mientras que solo el 3,32% de las gestantes creía no tener una alimentación correcta, siendo mayor este porcentaje en las más jóvenes, las normopeso ( $p<0,05$ ), las extranjeras, y las de menos estudios. Además, es importante destacar que un 2,84% de la población no sabía si su alimentación era correcta, sobre todo en las mujeres de más edad, las obesas, las extranjeras y las mujeres con menos estudios (Tablas 5.121, 5.122, 5.123 y 5.124).

En respuesta a la pregunta: con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...., sólo un 5% de las gestantes creía que no se debería modificar nada, mientras que otros autores encuentran, al realizar la misma pregunta, una respuesta como esta en más del 50% de la población (Wojtyla y col., 2011). En nuestro estudio, el porcentaje de mujeres que creían que no se debe modificar nada en la dieta de la embarazada, fue significativamente superior en las mujeres con menos estudios frente a las que tenían estudios superiores ( $p<0,05$ ).

Un 34,34% creía, que en el embarazo, se debe disminuir la ingesta de calorías, siendo mayor este porcentaje en las gestantes más jóvenes, las obesas, las españolas, y las de menos estudios ( $p<0,05$ ), mientras que el 28,32% pensaba, de forma acertada, que había que aumentarla, siendo menor este porcentaje en las mujeres con un nivel educativo más bajo ( $p<0,05$ ). Autores como Herring y col. (2012) observaron, que era frecuente entre las gestantes pensar que, en la gestación, se debe aumentar la ingesta de calorías, ya que consideraban el aumento de hambre que sentían, un reflejo de las mayores necesidades de energía, por parte del feto en crecimiento, creencia que las condujo a comer en exceso. Downs y col. (2014), al realizar la misma pregunta en un grupo de gestantes, solo un 16% de ellas creyó que, en el embarazo, se debe ingerir mayor cantidad de energía.

Por otro lado, un 71,43% de las gestantes estudiadas creían que, en la gestación, es necesario reducir la ingesta de sodio, un 75,71% pensaban que era importante disminuir la ingesta de colesterol, y el 90,00%, 92,86% y 82,86%, dicen, de forma acertada, que hay que aumentar la ingesta de vitaminas y minerales, líquidos y fibra, respectivamente.

Respecto a la pregunta: Responda Verdadero (V), Falso (F) o No Sabe/No Contesta (NS/NC) a las siguientes afirmaciones:

- a. El aceite de oliva tiene colesterol.
- b. Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne.
- c. La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.
- d. Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad.
- e. La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto.

- f. El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C.
- g. En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere.
- h. El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal.
- i. La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo.
- j. La embarazada debe comer por dos.

El 62,33% de las mujeres respondió que el aceite de oliva no tiene colesterol, siendo este porcentaje más bajo en las mujeres más jóvenes, en las extranjeras ( $p<0,05$ ), y en las de menos estudios.

Del mismo modo, y de acuerdo con la creencia popular, un 63,72% de las encuestadas creían que las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne, siendo este porcentaje mayor en las más jóvenes, las obesas, las españolas y las de menos estudios ( $p<0,05$ ).

También un 63,49% de la población estudiada creía que, para prevenir la obesidad, es necesario moderar el consumo de pan, siendo este porcentaje más alto en las mujeres más jóvenes, en las obesas, en las extranjeras ( $p<0,05$ ) y en las mujeres de menos estudios.

Acertadamente, el 83,49% del total de las mujeres decía que la carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto, aumentando este porcentaje de forma significativa, a medida que se incrementaba la edad de las gestantes ( $p<0,05$ ), en las españolas ( $p<0,05$ ) y en las mujeres con estudios superiores ( $p<0,05$ ).

El 57,91% de la muestra de estudio creía que el hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C, siendo este porcentaje significativamente menor en las mujeres más jóvenes ( $p<0,05$ ) y en aquellas con menos estudios ( $p<0,05$ ).

Por otra parte, sólo el 18,60% de las gestantes creían que, en el embarazo, lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, y no el tipo



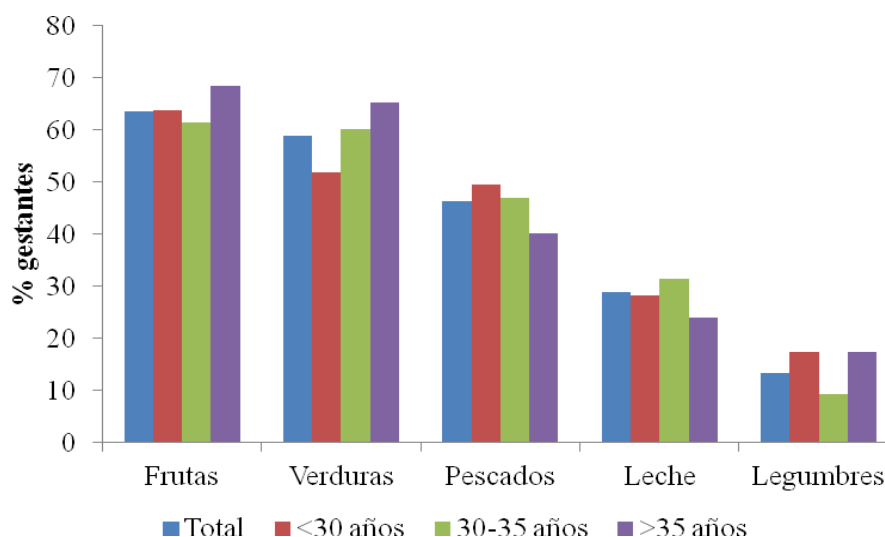
de grasa que se ingiere, siendo este porcentaje mayor, de forma significativa, en las extranjeras ( $p<0,05$ ) y en las mujeres con un menor nivel educacional ( $p<0,05$ ).

También un 20% de las gestantes creía que el calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal, mientras que, el 72,09% de ellas respondió que la luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo, siendo este porcentaje más alto en las mujeres de más de 35 años ( $p<0,05$ ), las españolas ( $p<0,05$ ) y las mujeres con nivel de estudios superiores ( $p<0,05$ ).

Al igual que en el estudio realizado por Herring y col. (2012), sólo un pequeño porcentaje de las mujeres (5,81%) pensaba que era cierta la frase “la embarazada debe comer por dos”, siendo mayor esta antigua creencia entre las mujeres más jóvenes (menos de 30 años) ( $p<0,05$ ), las mujeres con menos estudios ( $p<0,05$ ) y, las extranjeras ( $p<0,05$ ). En relación con esto, Alfonso y col. (2013), al estudiar un colectivo de embarazadas inmigrantes en la Comunidad de Madrid, indicaron que, la población extranjera cree que en España se le da demasiada importancia al control de peso durante el embarazo y que, en muchos casos, mantienen la creencia de que hay que comer por dos (Tablas 5.137, 5.138, 5.139 y 5.140).

Diversos autores han puesto de manifiesto la necesidad de realizar futuras investigaciones para identificar los factores que influyen en las creencias sobre la salud y el comportamiento de las mujeres gestantes, sobre todo si en embarazos anteriores han tenido alguna alteración como la diabetes mellitus gestacional y centrarse, además, en las poblaciones de mayor diversidad racial, étnica y socioeconómica (Jones y col., 2009; Wilkinson y McIntyre., 2012; Krzepota y Putek-Szelag, 2014). Por ejemplo, Alfonso y col. (2013), pusieron de relieve, en su estudio llevado a cabo en gestantes inmigrantes de la Comunidad de Madrid, que hay muchos alimentos que la gestante inmigrante no consume al llegar a España, porque no sabe dónde encontrarlos, no entiende bien el idioma y, también, que hay casos en los que la dieta de la gestante se ve enriquecida al introducir el aceite de oliva en su alimentación en sustitución de la mantequilla o la nata y al aumento del consumo de agua en lugar de refrescos, mientras que en otros casos la dieta se empobrece al no disponer en España de los alimentos tan arraigados en sus costumbres o por la falta de tiempo para hacer la compra y cocinar, con lo que tienden a consumir más cantidad de precocinados.

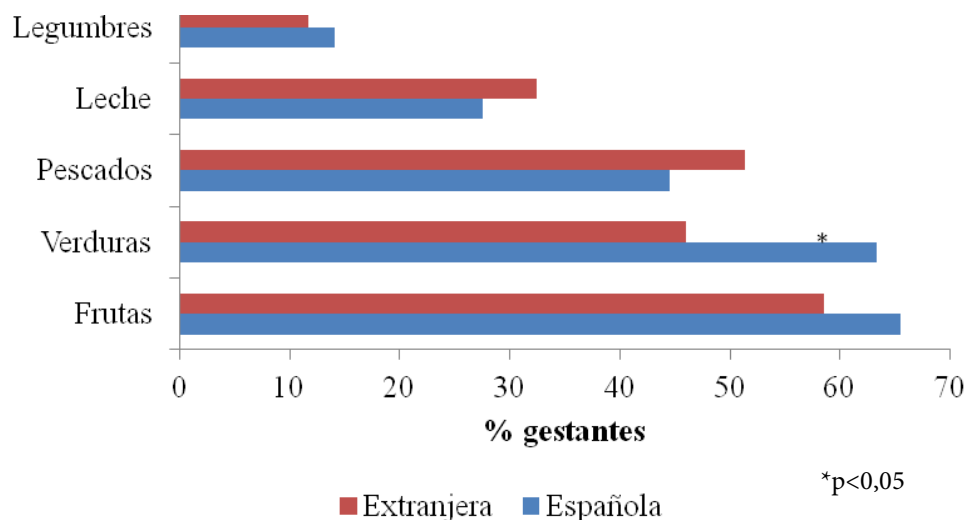
Gráfica 6.22 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante



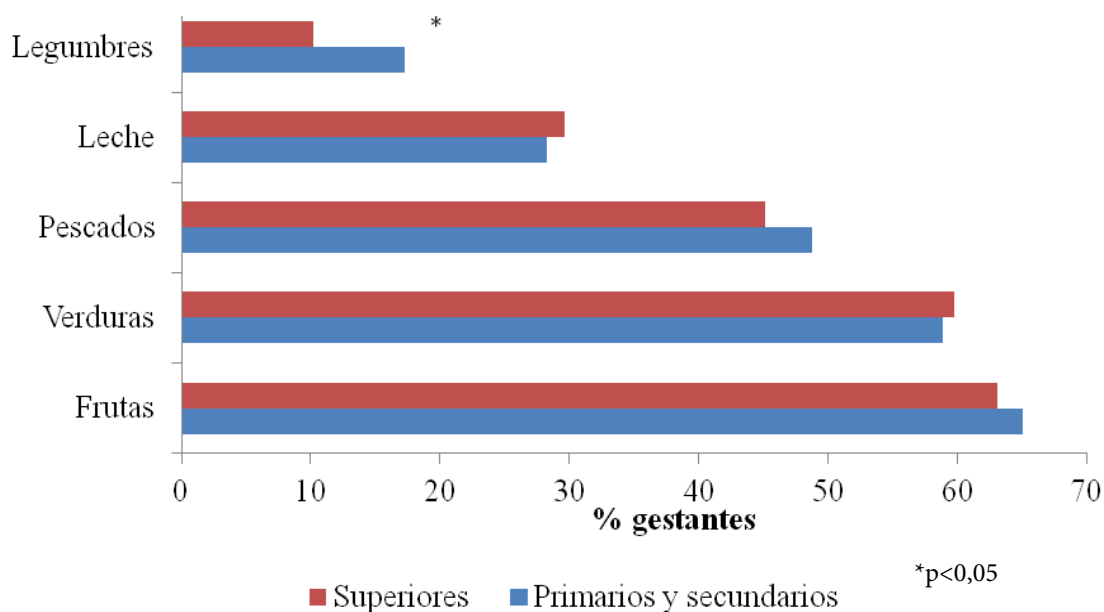
Respecto a la pregunta: Cite tres alimentos que considere sanos, los alimentos citados en mayor porcentaje fueron: las frutas (63,66%), las verduras (58,80%), el pescado (46,30%), la leche (28,94%), la carne (13,89%) y legumbres (13,43%), seguidos en menor porcentaje por naranjas, espinacas y pasta, entre otros (Tabla 5.141), destacando las verduras, las frutas y las legumbres entre las mujeres de más de 35 años y, la leche, en las de 30 a 35 años de edad (Tabla 5.141) (Gráfica 6.22). Estos datos son similares a los encontrados por otros autores en mujeres embarazadas (Sásamo y col., 2014).

En relación con el país de origen, las españolas, consideraron, en un mayor porcentaje ( $p < 0,05$ ), las verduras como alimento sano (Tabla 5.145) (Gráfica 6.23).

Gráfica 6.23 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante



Gráfica 6.24 Alimentos considerados sanos durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios la gestante



Las mujeres con nivel de estudios primarios y secundarios citaron en mayor porcentaje ( $p < 0,05$ ) las legumbres como alimento sano (Gráfica 6.24).

En cuanto a las razones por las que consideraban sanos estos alimentos, un 41,44% de la población contestó que por sus vitaminas; un 11,57% por ser beneficiosos para el

cuerpo, siendo este porcentaje mayor en las mujeres más jóvenes ( $p<0,05$ ) y en aquellas con menos estudios ( $p<0,05$ ); un 11,34% por el calcio; un 10,19% por las proteínas, siendo este porcentaje significativamente mayor en las mujeres de estudios superiores ( $p<0,05$ ); y, en menor porcentaje, por tener los nutrientes necesarios, por el hierro, por tener poca grasa y por la fibra, entre otras razones.

Cabe destacar el hecho de que las mujeres indicaron la fibra en mayor porcentaje a medida que aumentaba la edad ( $p<0,05$ ), sin embargo, el hecho de que los alimentos sean beneficiosos para el cuerpo fue la razón citada en un mayor porcentaje por las mujeres más jóvenes ( $p<0,05$ ), así como el que no engordaran ( $p<0,05$ ).

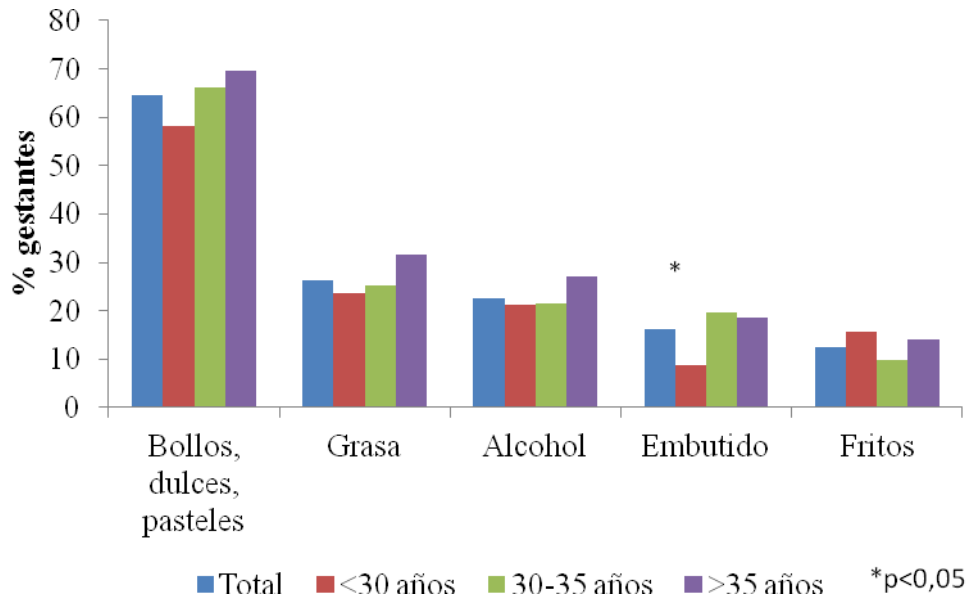
Hubo también un porcentaje estadísticamente superior ( $p<0,05$ ) de mujeres extranjeras que dieron como razón “porque alimentan”, “porque tienen minerales”, “por la vitamina C”, en cambio, contestaron un porcentaje más bajo “porque tienen poca grasa” ( $p<0,05$ ).

En cuanto al nivel de estudios, las mujeres con nivel de estudios superior contestaron en un porcentaje más alto ( $p<0,05$ ) “por las vitaminas”, “poca grasa”, “por las proteínas”, “por los minerales”, “por la vitamina C” (Tablas 5. 141, 5.142, 5.143, 5.144, 5.145, 5.146, 5.147 y 5.148) .

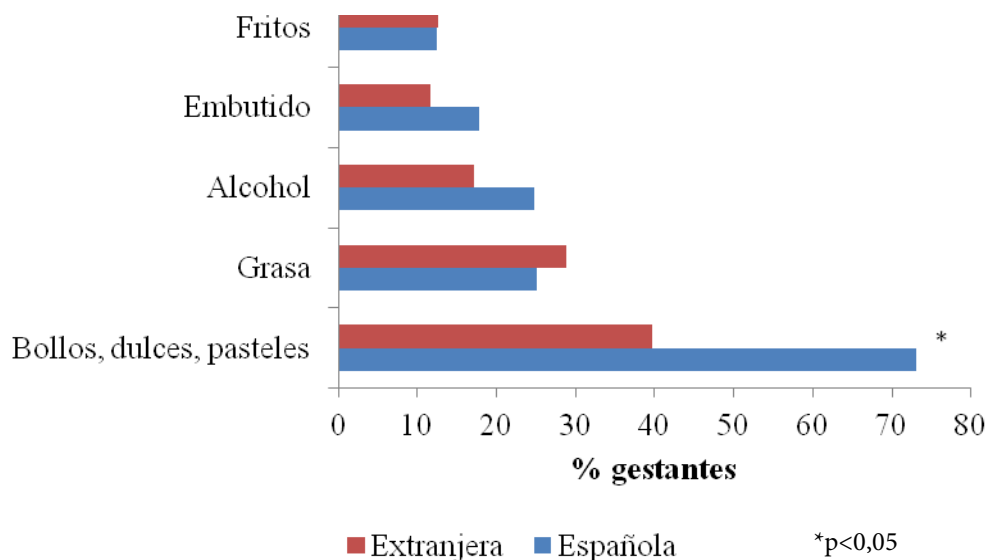
En relación con esto, autores como Sásamo y col. (2014) encontraron que las gestantes, encontraban beneficiosos durante el embarazo alimentos como el pescado porque las mujeres lo consideraban como el más importante, las verduras porque decían que todas ayudan y, el huevo, porque creían que habían escuchado que aportaba mucho ácido fólico.

En cuanto a la respuestas dadas a la pregunta: cite tres alimentos que considere perjudiciales para la salud, los alimentos más citados fueron los bollos, dulces y pasteles (64,58), la grasa (26,16%), el alcohol (22,69%), los embutidos (16,20%) y los fritos (12,50%) (Gráfica 6.25), seguidos por el chorizo, los precocinados, la mantequilla y los azúcares, entre otros. Cabe destacar que algunas gestantes citaron como alimento el tabaco. Las mujeres más jóvenes citaron en menor porcentaje el embutido ( $p<0,05$ ), y en mayor porcentaje el pan ( $p<0,05$ ) y la sal ( $p<0,05$ ), al igual que lo observado por Herrera-Suárez y col. (2008).

Gráfica 6.25 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante.



Gráfica 6.26 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante

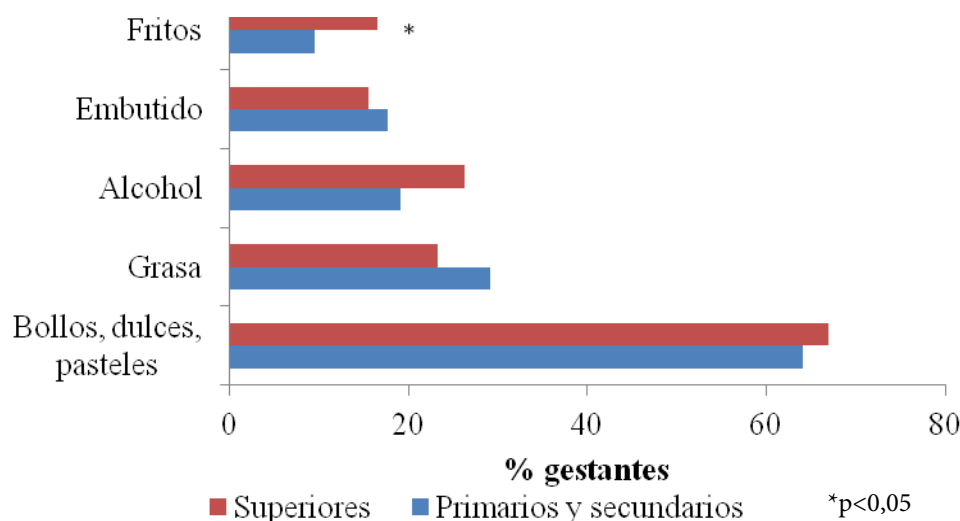


También se observó que las mujeres obesas fueron las que citaron, en un mayor porcentaje, los “bollos, dulces y pasteles”, la “comida rápida” ( $p<0,05$ ), los “fritos”, la “grasa”, las “grasas animales” ( $p<0,05$ ) y el pan ( $p<0,05$ ).

En cuanto al país de origen las españolas citaron, en mayor porcentaje, como alimentos perjudiciales, los “bollos, dulces y pasteles” ( $p<0,05$ ) y los precocinados ( $p<0,05$ ) y, en menor porcentaje, la carne de cerdo ( $p<0,05$ ), los azúcares ( $p<0,05$ ), el pan ( $p<0,05$ ), la sal ( $p<0,05$ ) y las bebidas gaseosas ( $p<0,05$ ) (Gráfica 6.26).

Hay que destacar también, que las mujeres con estudios superiores creían, en un mayor porcentaje, que son perjudiciales para la salud los fritos ( $p<0,05$ ), la mantequilla ( $p<0,05$ ) y las carnes grasas ( $p<0,05$ ) (Tablas 5.149, 5.150, 5.151 y 5.152) (Gráfica 6.27).

Gráfica 6.27 Alimentos considerados perjudiciales durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante

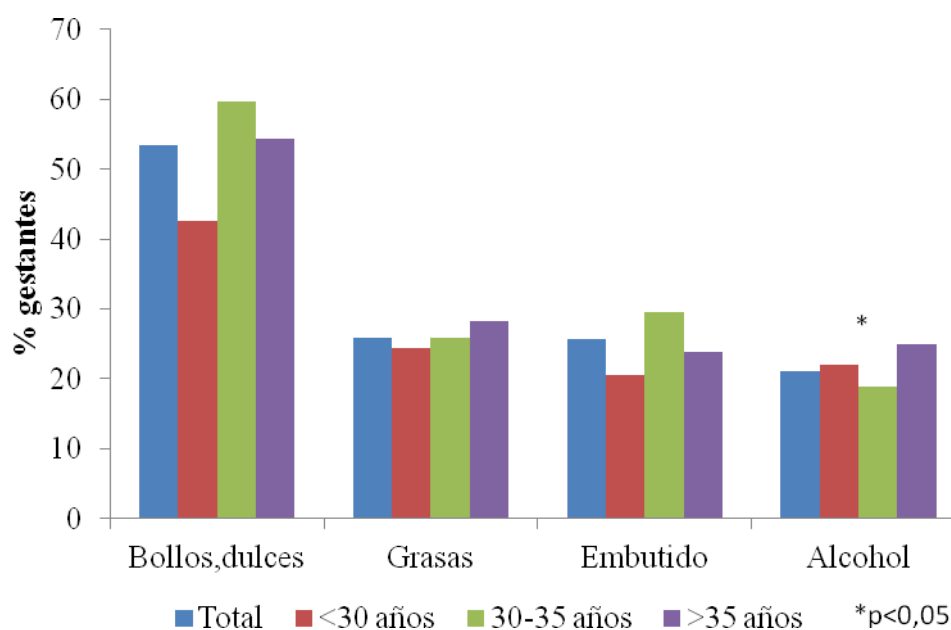


Las razones por las que consideraban perjudiciales estos alimentos citadas en mayor porcentaje fueron “porque tienen muchas grasas” (27,78%), “por el colesterol” (18,52%), “porque son malos para la salud” (13,19%), “sobrepeso, engordan” (10,19%), destacando que las mujeres más jóvenes los consideran perjudiciales por “sobrepeso, engordan” en mayor porcentaje ( $p<0,05$ ), y las de estudios superiores por “no aportan nutrientes” ( $p<0,05$ ), y aportan muchas “calorías” ( $p<0,05$ ) (Tablas 5.153, 5.154, 5.155 y 5.156).

Otros autores (Sásamo y col., 2014), encontraron que las gestantes consideraban perjudiciales alimentos como el café, porque decían que inhibía la absorción de nutrientes, la sal porque hinchaba, el picante porque salían puntitos rojos en la piel, la

gaseosa porque es mala para los riñones, las galletas, dulces y refrescos, porque el bebé puede desarrollar diabetes y las carnes porque tienen toxinas y hormonas que perjudican.

Gráfica 6.28 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante



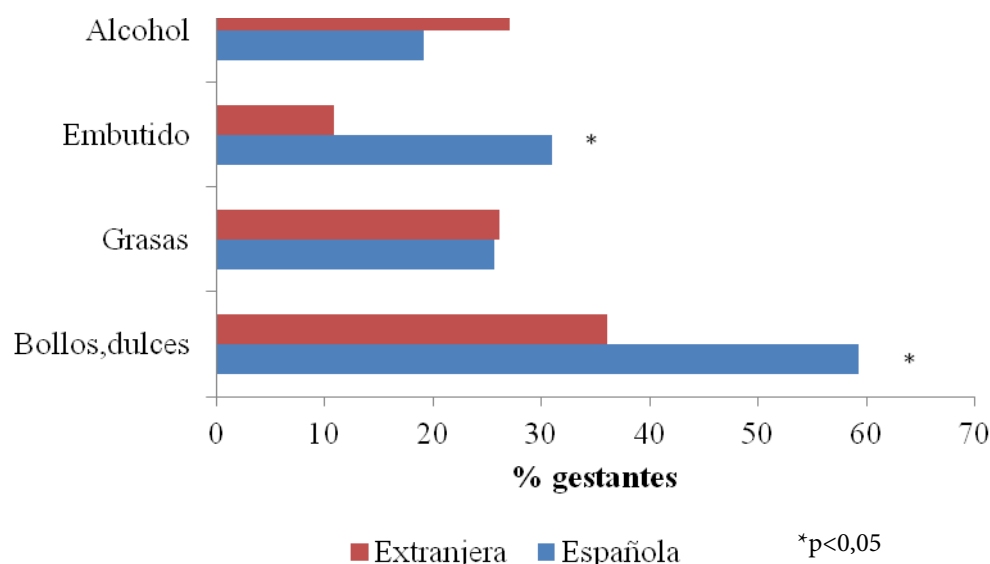
De manera similar a lo encontrado en el estudio de Downs y col. (2014) en el que los alimentos que las gestantes creían que se debían moderar o evitar cuando se está embarazada, eran los embutidos, los pescados con mercurio, la cafeína y el alcohol, en el presente estudio, los alimentos más citados fueron, los “bollos y dulces” (53,47%), las “grasas” (25,93%), el “embutido” (25,69%) y el alcohol (21,06%). Las mujeres entre 30 y 35 años citaron en mayor porcentaje los “bollos y dulces” ( $p<0,05$ ) y los “excitantes” ( $p<0,05$ ) que las de los otros grupos de edad (Tabla 5.157) (Gráfica 6.28), mientras que las mujeres más jóvenes creían, en mayor porcentaje, que había que moderar el pan (Tabla 5.157).

Así mismo, las mujeres con obesidad previa al embarazo creían, en un mayor porcentaje, que había que moderar el consumo de arroz ( $p<0,05$ ), pasta ( $p<0,05$ ) e hidratos de carbono ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.158).

Analizando la población, según el país de origen, se observaron como diferencias más significativas, que las españolas creían, en mayor porcentaje, que en el embarazo se

deben moderar o evitar los “bolos y dulces” ( $p<0,05$ ), el embutido ( $p<0,05$ ) y, en menor porcentaje, el arroz ( $p<0,05$ ), el chocolate ( $p<0,05$ ), la sal ( $p<0,05$ ) y el azúcar ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.159) (Gráfica 6.29).

Gráfica 6.29 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante

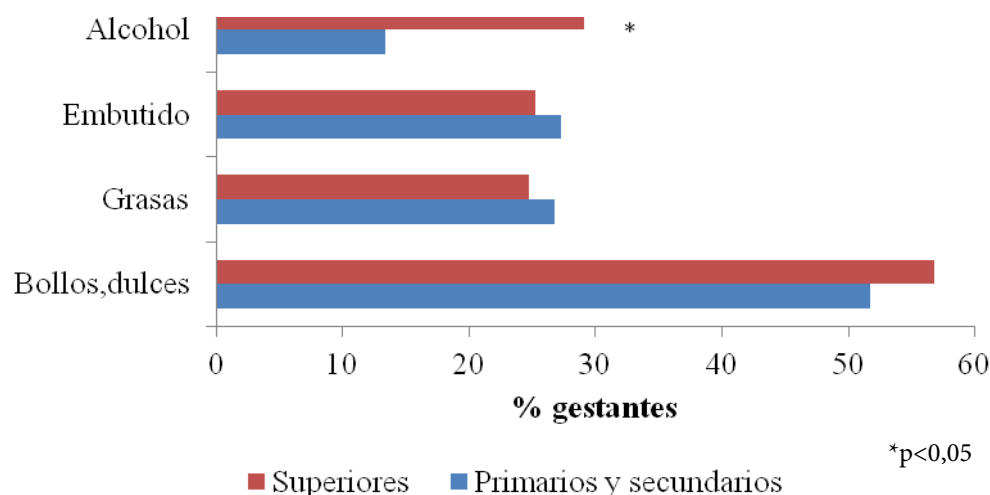


También hay que destacar que las mujeres de nivel de estudios superior citaron que hay que evitar o moderar, en mayor porcentaje, el alcohol ( $p<0,05$ ), el café ( $p<0,05$ ) y la mantequilla ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.160) (Gráfica 6.30).

Respecto al por qué creen que su consumo se debe moderar o evitar en la gestación, el 17,82% respondía “por las grasas”, el 16,44% “porque engordan” y el 11,11% “porque son malos para el feto”, entre otras respuestas. Destaca como significativo que las mujeres con edades entre 30 y 35 años respondían, en mayor porcentaje ( $p<0,05$ ), “por las grasas”, las mujeres con sobrepeso “por el colesterol” ( $p<0,05$ ) y las extranjeras por “diabetes” e “hipertensión” (Tablas 5.161, 5.162, 5.163 y 5.164), mientras que otros autores (Nyaruhucha, 2009), al estudiar colectivos similares encuentran que las razones más señaladas para evitar los alimentos fueron, el olor y sabor desagradable (10,3%), para reducir las náuseas (11,8%), sin ninguna razón en particular (58,3%) y no les gusta por ser malo para el feto (3,9%).



Gráfica 6.30 Alimentos considerados a moderar o evitar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante

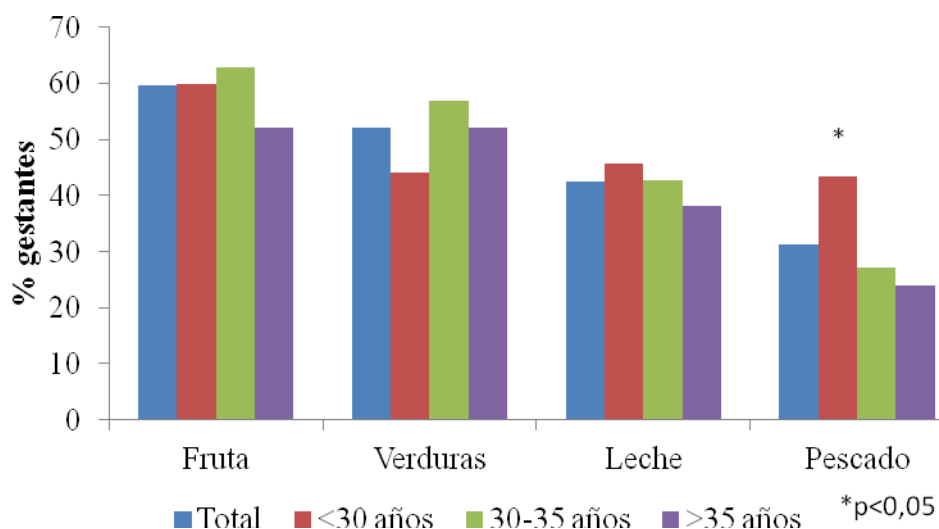


Entre los alimentos que creían, en cambio, que su consumo debe ser incrementado en el embarazo, destacaron las frutas (59,72%), las verduras (52,08%), la leche (42,59%) y el pescado (31,25%) (Gráfica 6.31), datos semejantes a los encontrados en el estudio realizado por Downs y col. (2014) en el que las gestantes indicaron que había que aumentar el consumo de lácteos (30%), seguido del de proteínas (20%), frutas y verduras (20%), cereales (10%), ácido fólico (10%), y nutrientes saludables en general (10%), y por Wojtyla y col. (2011), que encontraron que las gestantes creen que durante el embarazo se debe consumir más carne blanca, pescado, frutas y verduras, y leche y productos lácteos.

Por otro lado, en nuestro estudio, las mujeres de más de 35 años citaron los lácteos en un porcentaje significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que los otros grupos de edad, mientras que las mujeres más jóvenes citaron en mayor porcentaje el pescado ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.165) (Gráfica 6.31).

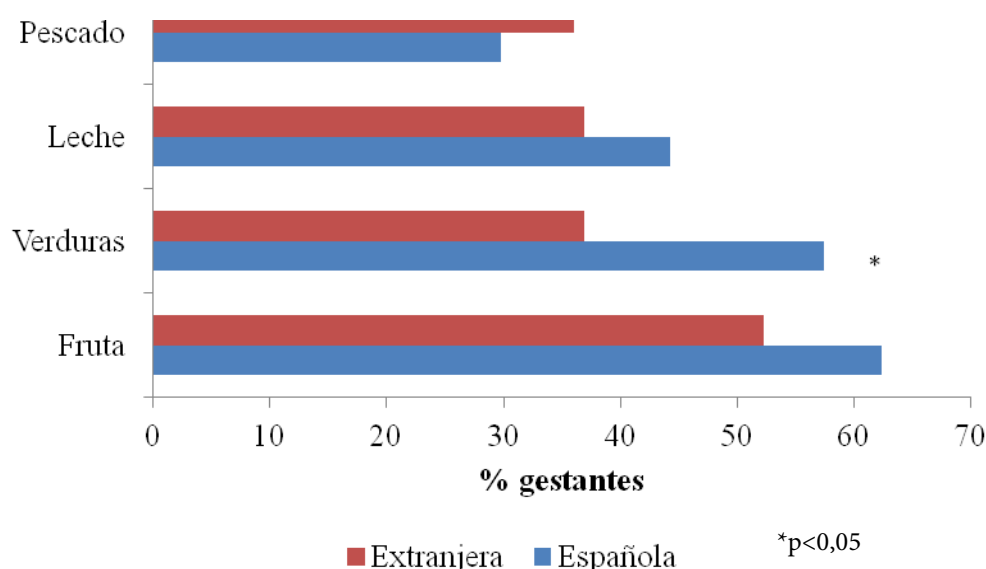
Hay que destacar que respecto al país de origen, las españolas citaron en mayor porcentaje que las extranjeras, los lácteos ( $p<0,05$ ) y las verduras ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.167), mientras que aquellas con un menor nivel de estudios citaron más frecuentemente el pescado ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.168) (Gráfica 6.32).

Gráfica 6.31 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función de la edad de la gestante



Es importante destacar que fueron las mujeres con un nivel de estudios superior, las que contestaron en mayor porcentaje que había que aumentar el consumo de pescado ( $p<0,05$ ) (Gráfica 6.33) y el consumo de agua como alimento (Tabla 5.168).

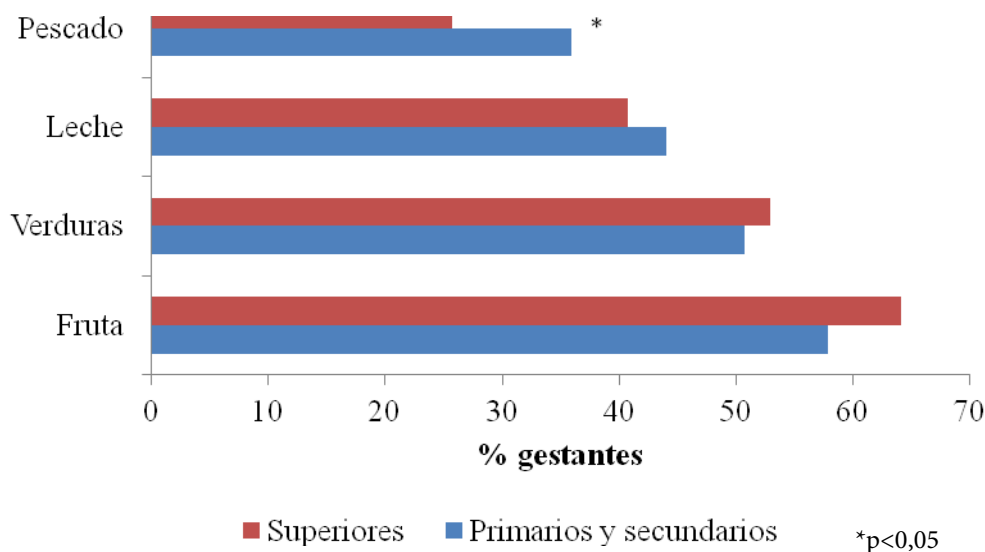
Gráfica 6.32 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del país de origen de la gestante



El 32,87% de las gestantes respondía que estos alimentos se deben aumentar “por las vitaminas”, el 22,22% por el calcio, el 10,88% porque son sanos y el 7,18% porque son buenos para el feto. Observamos que el porcentaje de extranjeras que creen que “es

bueno para el feto” y “son sanos”, es significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que el de las españolas, mientras que el porcentaje de españolas que creen que por las “vitaminas” y por el “calcio” es significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que el de las extranjeras (Tabla 5.171).

Gráfica 6.33 Alimentos considerados a aumentar durante el embarazo por el mayor porcentaje de gestantes. Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante



También destaca, como significativo, que las mujeres con menor nivel de estudios creen, en mayor porcentaje, que estos alimentos se deben aumentar por ser “buenos para el feto” ( $p<0,05$ ), ser “necesarios para el embarazo” ( $p<0,05$ ), mientras que las de estudios superiores piensan, en mayor porcentaje, que estos alimentos se deben aumentar por las vitaminas ( $p<0,05$ ), el calcio ( $p<0,05$ ), los minerales ( $p<0,05$ ), las proteínas ( $p<0,05$ ), porque “no engordan” ( $p<0,05$ ) y por ser “buenos para el estreñimiento” ( $p<0,05$ ) (Tabla 5.172).

Autores como Groth y Morrison-Breedy (2013), al estudiar un colectivo de gestantes observaron que algunas mujeres, se centraron en la mejora de su dieta por su propia salud, así como para asegurar un bebé saludable, sin embargo, la mayoría de las mujeres se centraron en los gustos y antojos, impulsadas en mayor medida por lo que querían y pensaban que era apropiado para comer mientras estaban embarazadas. Hubo intentos de comer sano, con frecuentes referencias a la disminución de los alimentos fritos, evitando los alimentos que podrían ser perjudiciales si se corría el riesgo de desarrollar

diabetes gestacional, o el aumento de frutas y verduras, sin embargo, lo que querían comer en el momento fue el factor determinante en su dieta.

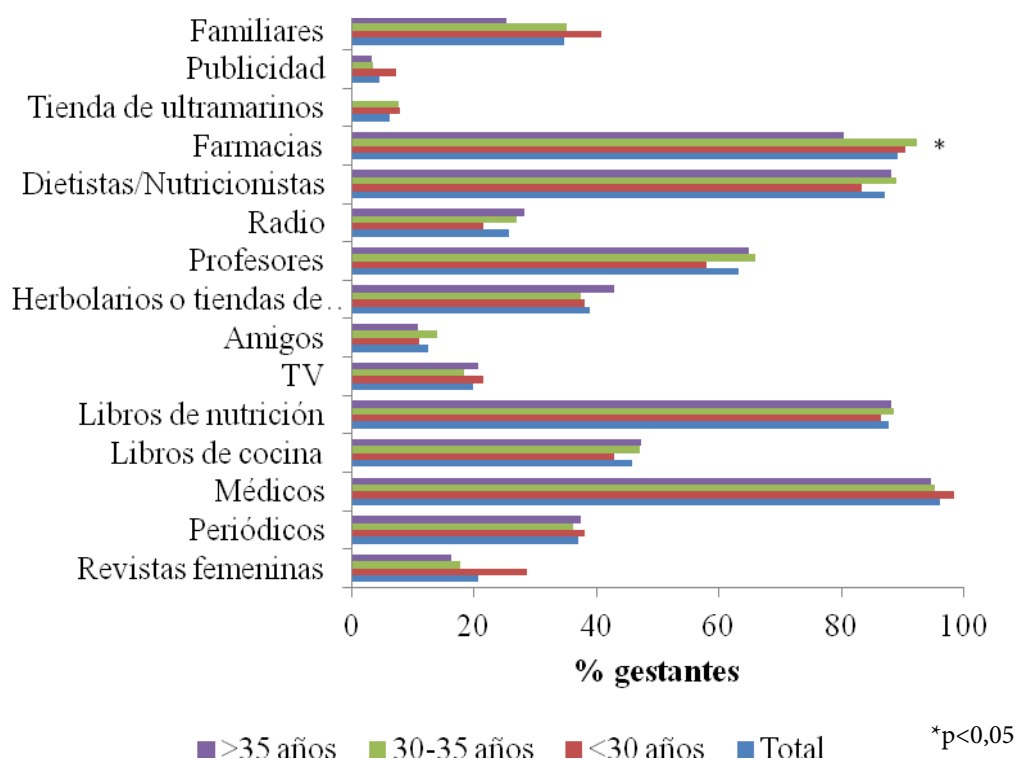
En cuanto a la pregunta: cree que tiene unos buenos conocimientos sobre nutrición, el 34,42% contestó que sí, mientras que el 39,53% dijo que no y un 25,12% y 0,93% contestó que no sabía o no contestó, respectivamente. Las mujeres más jóvenes (menos de 30 años) son las que en mayor porcentaje creían que no tenían unos buenos conocimientos en nutrición. Las mujeres con un IMC previo a la gestación indicativo de bajo peso creían, en mayor porcentaje, que tenían buenos conocimientos nutricionales. También las españolas eran las que creían, en mayor porcentaje que las extranjeras, que tenían buenos conocimientos en nutrición, mientras que las mujeres con nivel de estudios superiores decían en mayor porcentaje que las de menos estudios ( $p<0,05$ ), que tenían buenos conocimientos nutricionales (Tablas 5.173, 5.174, 5.175, 5.176 y 5.177).

La familia (46,96%), revistas (46,96%), el médico (39,49%) y la televisión (22,90%) fueron señalados, en mayor porcentaje, como fuente de conocimientos nutricionales por parte de nuestras gestantes, datos similares a los encontrados por otros autores en colectivos semejantes (Downs y col., 2014).

Los factores culturales, incluyendo el estatus migratorio, son importantes para entender el uso de las fuentes de información de salud y su papel en la toma de decisiones sobre el embarazo, así, los proveedores de salud y los profesionales de la salud pública deben considerar el entorno de la gestante y proporcionar intervenciones de comunicación culturalmente relevantes durante este gran período de tiempo de búsqueda de información (Criss y col., 2015).

Cabe destacar que en nuestra población, el porcentaje de mujeres extranjeras que adquiriría sus conocimientos nutricionales empleando como fuente la publicidad, fue significativamente mayor que el de las españolas ( $p<0,05$ ). También observamos que las mujeres con menos estudios adquirirían sus conocimientos nutricionales de la televisión, en mayor porcentaje ( $p<0,05$ ) que las de mayor nivel educacional. Así, observamos que la mayoría de las mujeres recibieron la información nutricional a través de un recurso fuera de la asistencia sanitaria, por lo que sería necesario enfocar la educación nutricional de las gestantes sobre alimentación saludable utilizando fuentes precisas y fiables para cumplir con las directrices nutricionales para una alimentación saludable (Downs y col., 2014).

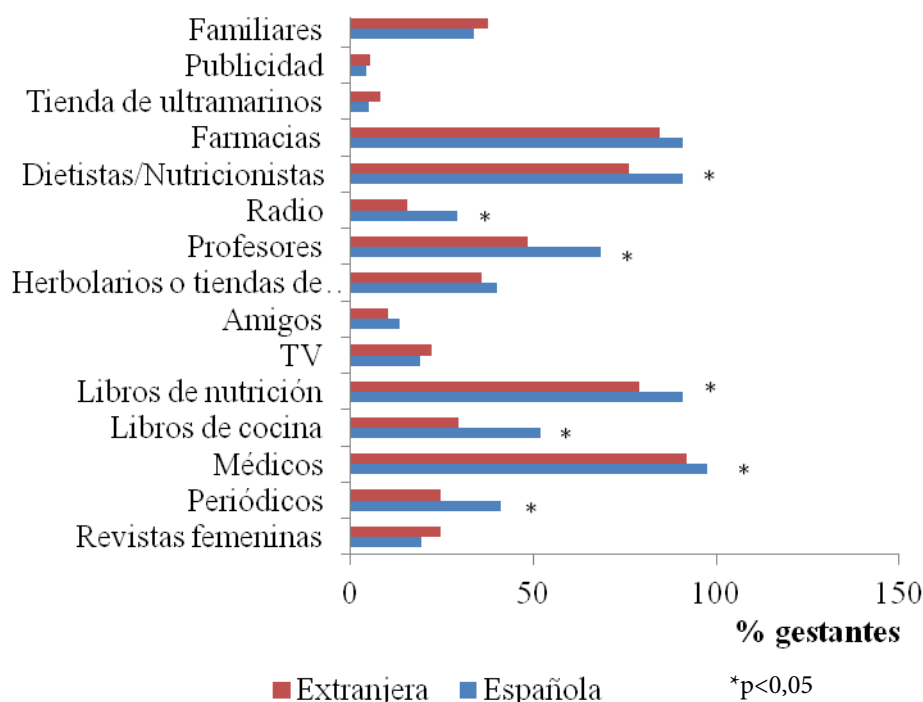
Gráfica 6.34 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función de la edad de la gestante



Las mujeres embarazadas pueden obtener la información nutricional de un gran número de fuentes, pero la evidencia con respecto a la idoneidad y el alcance de esta información es escasa (Lucas y col., 2014).

Así, en nuestra población respecto a la pregunta: De las siguientes fuentes de información, indique cuáles son las que considera fiables y cuáles cree que transmiten información errónea en materia nutricional, los porcentajes más altos de fiabilidad fueron para “médicos” (96,01%), “farmacias” (89,20%), “libros de nutrición” (87,79%) y “dietistas/nutricionistas” (87,09%), sin embargo, las que fueron mencionadas como erróneas en mayor porcentaje fueron la publicidad (81,92%), las tiendas de ultramarinos (73,71%), los “amigos” (71,13%), las revistas (65,26%), la televisión (63,85%) y la radio (54,46%) (Tabla 5.177) (Gráfica 6.34).

Gráfica 6.35 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función del país de origen de la gestante

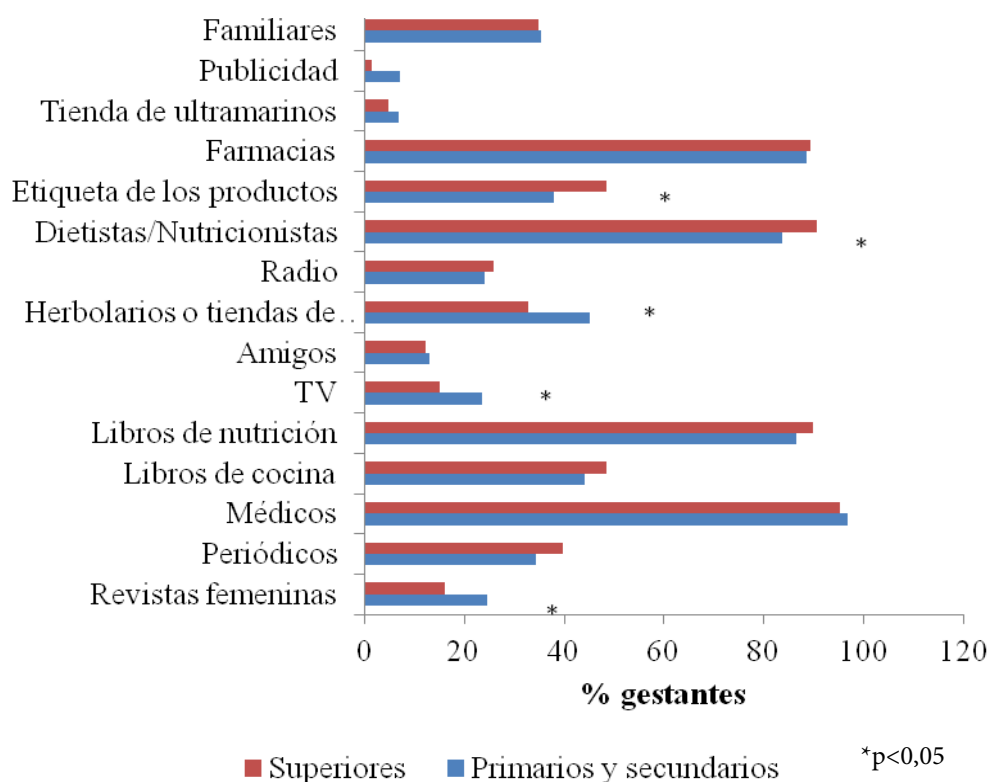


Cabe destacar que las obesas consideraron como errónea la información transmitida por los libros de cocina y las tiendas de ultramarinos en un porcentaje significativamente superior ( $p<0,05$ ) que el resto de los grupos (Tabla 5.178).

Así mismo se observó que las mujeres extranjeras daban menos fiabilidad a los periódicos ( $p<0,05$ ), los médicos ( $p<0,05$ ), los libros de cocina ( $p<0,05$ ), los libros de nutrición ( $p<0,05$ ), los profesores ( $p<0,05$ ), la radio ( $p<0,05$ ), y los dietistas/nutricionistas ( $p<0,05$ ) que las españolas (Tabla 5.179) (Gráfica 6.35).

También se observó, que las mujeres con un nivel educacional más alto daban menos fiabilidad a las revistas femeninas ( $p<0,05$ ) (Gráfica 6.36) que las mujeres con menos estudios, en cambio, las mujeres con menos estudios creían, en mayor porcentaje ( $p<0,05$ ) que las de nivel de estudios superior, que la información transmitida por los periódicos es errónea (Tabla 5.180). En este sentido, Sato y col. (2013) al estudiar un colectivo de gestantes observaron que la información acerca de los suplementos se obtuvo, en su mayor parte, a través de los periódicos, revistas, folletos y tiendas.

Gráfica 6.36 Fuentes de información nutricional consideradas como fiables por las gestantes (%). Diferencias en función del nivel de estudios de la gestante



El cuidado de la salud prenatal ha contribuido en gran medida a la disminución de las tasas de mortalidad perinatal e infantil en los países de altos ingresos durante el último siglo. La atención prenatal, incluye la identificación de las condiciones médicas que requieran el cuidado de vigilancia durante todo el embarazo. Además, es una manera de que las mujeres se integren en el sistema de atención médica obstétrica. Sin embargo, el uso inadecuado o tardío de la asistencia sanitaria prenatal (después del primer trimestre y/o un número inadecuado de visitas prenatales), puede ser debido a las características individuales, las características contextuales y conductas de salud de las gestantes, observando que las gestantes que menos acuden o lo hacen de forma tardía a las consultas prenatales son las más jóvenes (menos de 20 años), las que tienen menor nivel de estudios, las fumadoras y las que están sin pareja (Feijen de Jong y col., 2012). Así, se ha observado que al acudir a clases de atención prenatal, las mujeres, sobre todo las que tienen sobrepeso u obesidad, mejoran sus comportamientos de salud y también los de su pareja, como el tabaquismo o el consumo de frutas y verduras (Thompson y col., 2011). Según Crozier y col. (2009), las mujeres más jóvenes y las que tienen un menor nivel educacional tienen menos probabilidades de cumplir con las recomendaciones de

salud pública, por lo que las mujeres jóvenes, y las que tienen pocas cualificaciones educativas, podrían beneficiarse especialmente de las iniciativas de educación sanitaria.

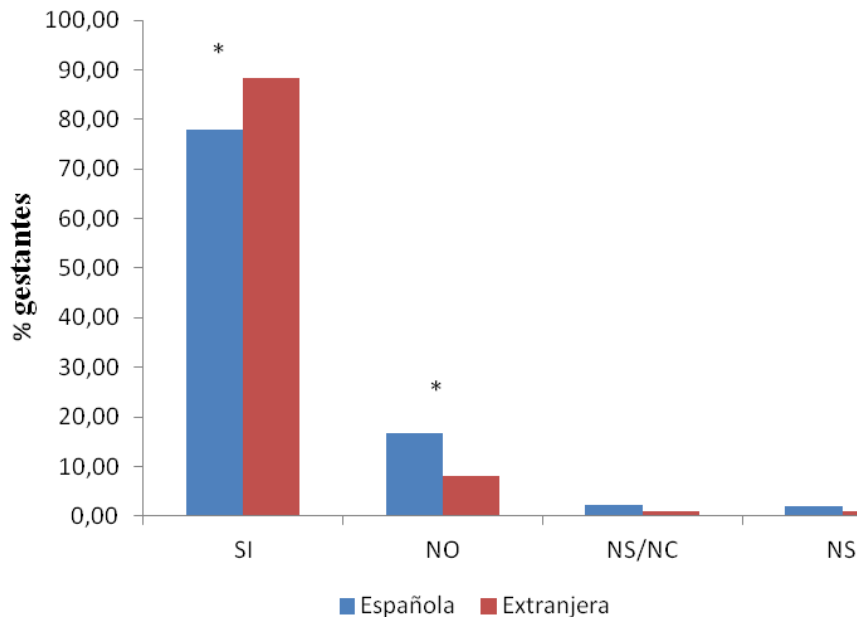
En un estudio realizado por Downs y col. (2014), el 42% de las mujeres indicaron que habían recibido información sobre la dieta durante el embarazo, sin embargo, el 100% de las participantes informaron que se habrían beneficiado de recibir más información dietética durante la atención prenatal (como la información sobre los tamaños de las raciones y el número de raciones de cada grupo de alimentos que debe consumir). Además, el 25% de las mujeres consideraron que la información dietética que recibieron de sus médicos fue inadecuada, y por lo tanto, la mayor parte de la información que tenían sobre alimentación no procedía de su médico, sino de otras fuentes, como libros, revistas, diarios, amigos, familia, enfermeras, parteras, programas y clases. Por otra parte, el 32% de las gestantes, atribuyó esta falta de información a que el médico daba por hecho que las mujeres ya tenían conocimientos suficientes para guiar su dieta, ya fuera por haber tenido embarazos anteriores o por haber obtenido la información a partir de otras fuentes y, que la información dietética proporcionada por su médico fue más una información general, haciendo hincapié en la importancia de consumir frutas y verduras, que una información dirigida, de forma concreta, al embarazo. Todo ello hizo que, independientemente de cómo se obtuvo la información de la dieta, el 32% de las participantes, expresara su frustración con la calidad de la información. Por ejemplo, el 21% dijo que no se proporcionó información, o que ésta fue escasa, en relación con la pirámide de los alimentos y el tamaño de las raciones y, el 11%, declararon haber recibido información sólo sobre las restricciones en la dieta, pero no sobre las recomendaciones actuales. También Arrish y col. (2014), al hacer una revisión de la literatura acerca de los conocimientos y las actitudes de las matronas en cuanto a la nutrición durante el embarazo en Australia, observaron que éstas carecían de una base sólida de conocimientos, debido posiblemente a una falta de materia de nutrición en los programas de partería de pregrado y postgrado, lo que genera un vacío importante en cuanto a la capacidad de las matronas para apoyar la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés. Así mismo, diversos estudios creen que se debería formar e informar mejor a las matronas en materia de nutrición (Wennberg y col., 2014).

En relación con este tema, en nuestro estudio el 80,56% de la población dijo que le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud, porcentaje superior al encontrado por otros autores en colectivos similares



(Porteous y col., 2014; Duthie y col., 2013), siendo mayor este porcentaje en las mujeres más jóvenes, en las obesas, en las extranjeras ( $p<0,05$ ) (Gráfica 6.37) y en las mujeres con nivel de estudios superiores (Tablas 5.181, 5.182, 5.183 y 5.184).

Gráfica 6.37 Porcentaje de gestantes (%) a las que les gustaría recibir más información. Diferencias en función del país de origen de la gestante



NS: No Sabe, NS/NC: No Sabe/No Contesta

\* $p<0,05$

## 7. CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos se han obtenido las siguientes conclusiones:

### CONCLUSIONES SOBRE LOS DATOS PERSONALES Y ANTROPOMÉTRICOS

1. La edad media de las gestantes estudiadas fue de  $31,63 \pm 4,87$  años, significativamente superior en las mujeres españolas ( $p < 0,05$ ) y en las de mayor nivel educacional ( $p < 0,05$ ).
2. El IMC previo al embarazo fue de  $22,98 \pm 3,73$  kg/m<sup>2</sup>, siendo más elevado en las mujeres de menos estudios ( $r = 0,116$ ,  $p < 0,05$ ). Un 18,1% de las mujeres presentó bajo peso, un 64,5% normalidad, y un 10,8% y un 6,6%, sobrepeso y obesidad, respectivamente.
3. Las gestantes aumentaron  $11,91 \pm 5,10$  kg de media a lo largo del embarazo, cifra dentro del promedio de la ganancia media de peso aconsejada por la OMS. A pesar de ello, sólo el 19,8% de las mujeres consiguió el aumento de peso aconsejado. Las mujeres obesas fueron las que más frecuentemente alcanzaron el peso aconsejado ( $p < 0,05$ ), pero también las que más lo superaron ( $p < 0,05$ ).
4. Un 74,2% de las gestantes estudiadas eran españolas, mientras que el 25,8% procedían de otros países, siendo estas últimas, más jóvenes ( $p < 0,05$ ) y con un nivel educativo más bajo ( $p < 0,05$ ).
5. El 75,6% de las mujeres planificó el embarazo, aumentando este porcentaje a medida que aumentaba la edad ( $r = 0,278$ ,  $p < 0,01$ ) y, siendo más alto, en la población española (80,6% españolas y 60,91% extranjeras;  $p < 0,05$ ). El porcentaje de estudiadas que planificó el embarazo, también fue superior en las que tenían estudios superiores (83,5%) con respecto a aquellas con un menor nivel de estudios (67,6%) ( $p < 0,05$ ).
6. La media de número de hijos fue de  $1,25 \pm 0,49$ , y fue significativamente más alto a medida que aumentaba la edad ( $r = 0,259$ ,  $p < 0,01$ ).
7. El peso medio del descendiente fue de  $3,27 \pm 0,48$  kg. El peso al nacer fue más elevado en los recién nacidos de madres con IMC previo al embarazo normal ( $p < 0,05$ ) y de madres extranjeras ( $p < 0,05$ ). La práctica de cesárea fue, significativamente mayor, en las obesas ( $p < 0,05$ ).

8. El 85,0% de las gestantes estaban casadas o conviviendo con su pareja, situación que fue más frecuente en las mujeres de más edad, las españolas y las de mayor nivel de estudios ( $p<0,05$ ). Un 10,9% de la población permanecía soltera y, el resto, estaba viuda, separada o en otras circunstancias.

9. Un 0,48% y un 49,9%, habían realizado estudios primarios y de segundo grado, respectivamente, mientras que el 45,3% y 4,3% tenían estudios de grado y postgrado, respectivamente. El porcentaje de mujeres con estudios de grado aumentó, de forma significativa con la edad ( $p<0,05$ ). Además, a medida que aumentaba la edad y el nivel de estudios de las gestantes, se incrementaba el porcentaje de mujeres en activo desde el punto de vista laboral ( $p<0,05$ ).

#### CONCLUSIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LA GESTANTE

10. El 34,7% de las gestantes declaró ser fumadora antes del embarazo, siendo este hábito más frecuente entre las españolas y entre las mujeres con menos estudios ( $p<0,05$ ), que además, fumaban un mayor número de cigarrillos al día ( $p<0,05$ ) y, admitieron, en un mayor porcentaje, que no habían dejado de fumar en el embarazo ( $p<0,05$ ). Además, el número de cigarrillos/día fumados por las mujeres con menor nivel educativo, en el embarazo, fue significativamente superior, al de aquellas con un nivel de estudios superior ( $p<0,05$ ).

11. Un 8,8% de la población declaró consumir bebidas alcohólicas en el embarazo, siendo el porcentaje superior en las españolas y en las mujeres con menos estudios ( $p<0,05$ ). Las bebidas con alcohol consumidas por las gestantes fueron cerveza ( $1,25\pm0,80$  veces/semana) y vino ( $0,95\pm0,79$  veces/semana).

12. Un 69,4% de la población también consumía bebidas con cafeína, especialmente café (45,2%) y cola (33,2%). Se encontró una correlación inversa significativa entre el peso al nacer del descendiente y el número de tazas de café consumidas al día ( $r=-0,137$ ,  $p=0,036$ ).

#### CONCLUSIONES SOBRE LOS DATOS DIETÉTICOS DE LA GESTANTE

13. Los alimentos más consumidos (g/día) por las gestantes fueron los lácteos, frutas y, verduras y hortalizas. Las mujeres de 30 a 35 años consumieron más fruta ( $p<0,05$ ), mientras que el consumo de carnes fue superior en las gestantes más jóvenes ( $p<0,05$ ).

El consumo de pescado, se asoció de forma positiva y significativa con la edad ( $r=0,125$ ,  $p<0,01$ ) y con el nivel de estudios de las gestantes ( $r=0,144$ ,  $p<0,01$ ), y fue significativamente superior en las mujeres con un nivel de estudios más alto ( $p<0,05$ ).

14. La ingesta media de energía fue de  $1985\pm580$  kcal/día, lo que representó el  $78,5\pm23,3$  % del gasto energético, con una infravaloración de la ingesta del  $21,6\pm23,3$ %. La infravaloración aumentó con el IMC previo al embarazo ( $p<0,05$ ).

15. Al igual que en otros estudios, tanto el perfil calórico como el lipídico de las gestantes estudiadas resultaron desequilibrados, con un consumo excesivo de proteínas y grasas, especialmente saturadas, en detrimento de los hidratos de carbono.

16. Más del 50% de las mujeres, no llegó a cubrir 2/3 de las IR de folatos, vitamina D, calcio, hierro, yodo, zinc y colina. El porcentaje de mujeres que, en general, no llegó a alcanzar las cifras de IR, fue mayor en el grupo de las extranjeras y en las de menor nivel educativo.

#### CONCLUSIONES SOBRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA GESTANTE

17. El 64,0% de la población declaró haber sentido más apetito durante el embarazo y un 53,4% dijo que había alimentos que le gustaban más a raíz del mismo, siendo el porcentaje más alto entre las extranjeras ( $p<0,05$ ). Los alimentos preferidos por las gestantes fueron los bollos y dulces (13,9%), seguidos de la fruta (10,2%), verdura (6,5%), encurtidos (3,7%) y pescado (3,5%), si bien, las gestantes con sobrepeso mencionaron, más frecuentemente, como alimentos preferidos los lácteos ( $p<0,05$ ) y, las obesas, los helados ( $p<0,05$ ). Las extranjeras prefirieron la fruta en un porcentaje significativamente mayor que las españolas ( $p<0,05$ ), mientras que el pescado fue preferido en mayor porcentaje por las mujeres de menos estudios con respecto a las que tenían estudios superiores ( $p<0,05$ ).

18. Así mismo, un 34,1% de las gestantes declaró que también había alimentos o comidas que le gustaban menos ahora que estaba embarazada, siendo los más citados el pescado (7,9%), las carnes (4,2%), el marisco (2,8%), las verduras (2,6%) y la leche (2,6%). Las mujeres obesas, declararon sentir aversión por el huevo, en un porcentaje significativamente mayor que el resto ( $p<0,05$ ), lo que probablemente les llevó a consumir menos este alimento. El porcentaje de extranjeras que manifestó aversión hacia algún alimento durante el embarazo fue superior al de las españolas, siendo

significativamente mayor para las carnes, el pollo, el chocolate y la carne de cerdo ( $p<0,05$ ).

19. Los antojos se presentaron en un 44,3% de las gestantes, especialmente en las mujeres de menos de 30 años ( $p<0,05$ ). Los alimentos más citados fueron, los dulces, bollos y galletas, encurtidos, helados, chocolate, fresas y, verduras y hortalizas. Aquellas mujeres que declararon haber tenido antojos ganaron, significativamente, más peso en el embarazo ( $p<0,05$ ). El porcentaje de extranjeras que declaró haber tenido antojos fue mayor que el de españolas ( $p<0,05$ ).

20. El 20,9% de las gestantes seguía un régimen durante el embarazo, siendo este porcentaje significativamente superior en las mujeres con sobrepeso y en las obesas ( $p<0,05$ ).

21. El número medio de comidas al día realizado por las mujeres fue de  $4,6\pm 0,88$  comidas al día, siendo las más jóvenes, las que menos realizaban la ingesta de media mañana ( $p<0,05$ ). Las extranjeras, omitían más frecuentemente la media mañana ( $p<0,05$ ), sin embargo, eran las que, de manera habitual, tomaban más frecuentemente algo antes de acostarse ( $p<0,05$ ). También las gestantes con menos estudios, realizaban la merienda y el resopón, en mayor porcentaje, que aquellas con estudios superiores ( $p<0,05$ ).

## CONCLUSIONES SOBRE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO

22. El 62,9% de las gestantes sintió náuseas o vómitos en alguna etapa de la gestación, siendo mayor este porcentaje en las mujeres más jóvenes ( $p<0,05$ ) y, en el primer trimestre del embarazo ( $p<0,05$ ). Otras alteraciones frecuentes, referidas por las gestantes, fueron la acidez y reflujo (60,0%), el estreñimiento (48,1%) y las hemorroides (19,1%).

23. Los suplementos fueron tomados por el 97,7% de las gestantes, de forma más frecuente por las mujeres de más edad ( $p<0,05$ ). Los suplementos más consumidos fueron, ácido fólico (81,2%), hierro (65,2%), polivitamínicos (37,6%) y calcio (15,6%). El porcentaje de españolas que tomó suplementos de ácido fólico, sobre todo en el primer trimestre del embarazo, fue mayor que el de extranjeras ( $p<0,05$ ), tal vez debido a que también fue mayor el porcentaje de españolas que planificó su embarazo ( $p<0,05$ ). Las mujeres con un nivel de estudios más alto, tomaron polivitamínicos en un mayor

porcentaje que las que tenían menos estudios ( $p<0,05$ ). Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, los suplementos comenzaron a tomarse tras el reconocimiento del embarazo, ya que sólo el 40,7% de la población tomó algún suplemento antes del embarazo, siendo esta cifra significativamente superior en las mujeres de más edad ( $p<0,05$ ). Todo esto sugiere una falta de conocimiento sobre el momento más apropiado para tomar suplementos en el embarazo, especialmente en lo que respecta al ácido fólico.

## CONCLUSIONES SOBRE LOS CONOCIMIENTOS NUTRICIONALES DE LAS GESTANTES

24. El desconocimiento en temas de nutrición en las gestantes estudiadas fue evidente, especialmente en las mujeres más jóvenes, las obesas, las extranjeras y en las de menor nivel educacional. Cabe destacar el hecho de que, para todas las preguntas realizadas, el porcentaje de mujeres que dijo no saber o, no contestó, fue mayor en la población extranjera que en la española.

25. Un 94,2% de las gestantes señaló que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del niño, siendo este porcentaje más alto en las mujeres españolas ( $p<0,05$ ) y con un nivel de estudios más alto ( $p<0,05$ ). El 95,1% de la población creía, también, que la dieta seguida en el embarazo podía afectar a la salud de la madre, siendo menor este porcentaje en las extranjeras ( $p<0,05$ ) y en las de menor nivel de estudios ( $p<0,05$ ). Por otra parte, sólo un 3,3% de la población pensaba que su dieta no era la correcta.

26. La creencia de que “la embarazada debe comer por dos” fue respaldada por sólo el 5,8% de las mujeres. Esta creencia fue más acusada en las mujeres más jóvenes ( $p<0,05$ ), las extranjeras ( $p<0,05$ ) y en aquellas con un nivel de educación más bajo ( $p<0,05$ ).

27. Los alimentos más citados como “sanos” fueron, las frutas (63,7%), verduras (58,8%), pescado (46,3%), leche (28,9%), carne (13,9%) y legumbres (13,4%). Entre las razones para considerar “sanos” a estos alimentos destacaron, “por sus vitaminas” (41,4%), “por ser beneficiosos para el cuerpo” (11,6%), “por el calcio” (11,3%) y “por las proteínas” (10,2%).

28. Los bollos, dulces y pasteles (64,6%), la grasa (26,2%), el alcohol (22,7%), el embutido (16,2%) y los fritos (12,5%), fueron, por el contrario, los alimentos más citados como “malos”. Las mujeres más jóvenes citaron en menor porcentaje el embutido ( $p<0,05$ ), y en mayor porcentaje el pan ( $p<0,05$ ) y la sal ( $p<0,05$ ), mientras que las obesas consideran “malo”, en mayor porcentaje, la comida rápida ( $p<0,05$ ), las grasas animales ( $p<0,05$ ) y el pan ( $p<0,05$ ). Las principales razones por las que consideraban perjudiciales estos alimentos fueron, “porque tienen muchas grasas” (27,8%), “por el colesterol” (18,5%), “porque son malos para la salud” (13,2%), “porque engordan” (10,2%).

29. Un 34,4% de las mujeres creía que tenía unos buenos conocimientos en nutrición, mientras que 39,5% pensaba lo contrario y un 25,1% y un 0,93%, dijo que no sabía o no contestó, respectivamente. Las mujeres con un nivel de estudios superior consideraban, más frecuentemente, que tenían unos buenos conocimientos nutricionales ( $p<0,05$ ).

30. Las principales fuentes de información nutricional citadas por las gestantes fueron, la familia (47,0%), revistas (47,0%), médico (39,5%) y la televisión (22,9%), siendo el porcentaje de mujeres extranjeras que adquiriría los conocimientos nutricionales a través de la publicidad significativamente mayor ( $p<0,05$ ) que el de españolas, mientras que las mujeres con menos estudios adquirirían los conocimientos nutricionales de la televisión, en un mayor porcentaje, que las de mayor nivel educacional ( $p<0,05$ ).

31. La fuente más fiable de información nutricional fue, para el colectivo estudiado, el médico (96,1%), seguido de la farmacia (89,2%), los libros de nutrición (87,8%) y los dietistas/nutricionistas (87,1%), mientras que la más errónea fue la publicidad (81,9%), seguida de las tiendas de ultramarinos (73,7%), los amigos (71,1%), las revistas (65,3%), la televisión (63,9%) y la radio (54,5%). Las mujeres con un nivel de estudios superior daban menos fiabilidad a las revistas femeninas, que las de menos estudios ( $p<0,05$ ), sin embargo, las mujeres con menos estudios creían, en un mayor porcentaje que las de nivel de estudios superior, que la información transmitida por los periódicos es errónea ( $p<0,05$ ).

32. El 80,6% de las gestantes afirmó que le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud.

## CONCLUSIÓN FINAL

Las gestantes estudiadas tuvieron una edad media de 31,6 años, el IMC previo al embarazo fue de 23 kg/m<sup>2</sup> y ganaron 11,9 kg de media a lo largo del mismo. Además, tres de cada cuatro gestantes estudiadas eran españolas. Respecto a los hábitos de vida, un tercio de las gestantes declaró ser fumadora antes del embarazo, hábito que fue abandonado sólo por la mitad de las gestantes tras la confirmación del embarazo. Cerca del 10% de la población también consumió bebidas alcohólicas en la gestación y, aproximadamente el 70%, bebidas con cafeína.

El colectivo presentó un perfil calórico y lipídico desequilibrados, con un consumo excesivo de proteínas y grasas, especialmente de grasas saturadas, en detrimento de los hidratos de carbono. Más del 50% de las mujeres, no llegaron a cubrir 2/3 de las IR de folatos, vitamina D, calcio, hierro, yodo, zinc y colina. El porcentaje de mujeres que, en general, no llegó a alcanzar las cifras de IR de vitaminas y minerales fue mayor en el grupo de las gestantes extranjeras y en las de menor nivel educativo.

El 64% de la población declaró haber sentido más apetito durante el embarazo y los antojos se presentaron en un 44,3% de las gestantes, especialmente en las mujeres de menos de 30 años y las gestantes extranjeras. Los alimentos más citados como antojos fueron, los dulces, bollos y galletas, encurtidos, helados, chocolate, fresas y, verduras y hortalizas. Aquellas mujeres que declararon haber tenido antojos ganaron, significativamente, más peso en el embarazo.

El desconocimiento en temas de nutrición en las gestantes estudiadas fue evidente, especialmente en las mujeres más jóvenes, las obesas, las extranjeras y en las de menor nivel educacional. El 80,6% de las gestantes afirmó que le gustaría recibir más información en su centro de salud sobre la alimentación en el embarazo.

Los centros de salud podrían suponer un entorno favorable para la promoción de estilos de vida y hábitos alimentarios saludables en el embarazo, no sólo por la importancia que cobra una dieta adecuada en esta etapa de la vida de la mujer, ya que la dieta seguida por ella va a afectar al curso y resultado del embarazo, sino también para establecer las bases adecuadas para lograr unos buenos hábitos alimentarios a lo largo de toda su vida.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

Adanikin AI, Awoleke JO. Sociodemographic factors associated with anaemia in pregnancy at booking for antenatal care. *J Obstet Gynaecol*. 2015;27:1-4.

Adegboye AR, Rossner S, Neovius M, Lourenço PM, Linné Y. Relationships between prenatal smoking cessation, gestational weight gain and maternal lifestyle characteristics. *Women Birth*. 2010;23(1): 29-35. doi: 10.1016/j.wombi.2009.05.002.

Adiong JP, Kim E, Koren G, Bozzo P. Consuming non-alcoholic beer and other beverages during pregnancy and breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2014;60(8):724-5.

Aimone Phillips AM, Zlotkin SH, Baxter JA, Martinuzzi F, Kadria T, Roth DE. Design and development of a combined calcium-iron-folic acid prenatal supplement to support implementation of the new World Health Organization recommendations for calcium supplementation during pregnancy. *Food Nutr Bull*. 2014;35(2):221-9.

Akbari Z, Mansourian M, Kelishadi R. Relationship of the intake of different food groups by pregnant mothers with the birth weight and gestational age: Need for public and individual educational programs. *J Educ Health Promot*. 2015;27:4:23. doi: 10.4103/2277-9531.154109. eCollection 2015.

Alderman H, Hawkesworth S, Lundberg M, Tasneem A, Mark H, Moore SE. Supplemental feeding during pregnancy compared with maternal supplementation during lactation does not affect schooling and cognitive development through late adolescence. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(1):122-9. doi: 10.3945/ajcn.113.063404.

Alfonso A, Saiz de Bustamante P, Redondo N. Estudio cualitativo de la conducta alimentaria en una población de mujeres embarazadas inmigrantes del municipio de Fuenlabrada. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2013;33(1):51-60.

Al-Gailani S. Making birth defects 'preventable': pre-conceptional vitamin supplements and the politics of risk reduction. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2014;47 Pt B:278-89. doi: 10.1016/j.shpsc.2013.10.009.

Ali HI, Jarrar AH, El Sadig M, B Yeatts K. Diet and carbohydrate food knowledge of multi-ethnic women: a comparative analysis of pregnant women with and without Gestational Diabetes Mellitus. *PLoS One*. 2013;8(9): e73486. doi: 10.1371/journal.pone.0073486.

- Al-Kubaisy W, Al-Rubaey M, Al-Naggar RA, Karim B, Mohd Noor NA. Maternal obesity and its relation with the cesarean section: a hospital based cross sectional study in Iraq. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:235. doi: 10.1186/1471-2393-14-235.
- Allan KM, Prabhu N, Craig LC, McNeill G, Kirby B, McLay J y col. Maternal vitamin D and E intakes during pregnancy are associated with asthma in children. *Eur Respir J*. 2014;45(4):1027-36.
- Allen LH. How common is vitamin B-12 deficiency? *Am J Clin Nutr*. 2009; 89(2):693S-6S. doi: 10.3945/ajcn.2008.26947A.
- Alwan NA, Cade JE, Greenwood DC, Deanfield J, Lawlor DA. Associations of maternal iron intake and hemoglobin in pregnancy with offspring vascular phenotypes and adiposity at age 10: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *PLoS One*. 2014;9(1):e84684. doi: 10.1371/journal.pone.0084684. eCollection 2014.
- Anderson AE, Hure AJ, Kay-Lambkin FJ, Loxton DJ. Women's perceptions of information about alcohol use during pregnancy: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2014;14:1048. doi: 10.1186/1471-2458-14-1048.
- Anderson AE, Hure AJ, Powers JR, Kay-Lambkin FJ, Loxton DJ. Determinants of pregnant women's compliance with alcohol guidelines: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12:777. doi: 10.1186/1471-2458-12-777.
- Arabin B, Stupin JH. Parte 2: Factores de riesgo e intervenciones basadas en la evidencia *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2014;74(7):646-655. doi: 10.1055 / s-0034-1368462.
- Aranceta J, Serra-Majem L, Grupo colaborativo para la actualización de los objetivos nutricionales para la población española. *Objetivos Nutricionales para la Población Española 2011. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)*. *Rev Esp Nutr Comunit*. 2011;17:178-199.
- Ardalić D, Stefanović A, Kotur-Stevuljević J, Vujović A, Spasić S, Spasojević-Kaliomanvska V y col. The influence of maternal smoking habits before pregnancy and antioxidative supplementation during pregnancy on oxidative stress status in a non-complicated pregnancy. *Adv Clin Exp Med*. 2014;23(4):575-83.

Arkkola T, Uusitalo U, Kronberg-Kippilä C, Männistö S, Virtanen M, Kenward MG y col. Seven distinct dietary patterns identified among pregnant Finnish women--associations with nutrient intake and sociodemographic factors. *Public Health Nutr.* 2008;11(2):176-82.

Arrish J, Yeatman H, Williamson M. Midwives and nutrition education during pregnancy: a literature review. *Women Birth.* 2014;27(1):2-8. doi: 10.1016/j.wombi.2013.02.003.

Asemi Z, Hashemi T, Karamali M, Samimi M, Esmailzadeh A. Effects of vitamin D supplementation on glucose metabolism, lipid concentrations, inflammation, and oxidative stress in gestational diabetes: a double-blind randomized controlled clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2013; 98(6):1425-32. doi: 10.3945/ajcn.113.072785.

Ashman AM, Collins CE, Hure AJ, Jensen M, Oldmeadow C. Maternal diet during early childhood, but not pregnancy, predicts diet quality and fruit and vegetable acceptance in offspring. *Matern Child Nutr.* 2014. doi: 10.1111/mcn.12151.

Asvanarunat E. Outcomes of gestational weight gain outside the Institute of Medicine Guidelines. *J Med Assoc Thai.* 2014;97(11):1119-25.

Atalah S E, Araya B M, Rosselot P G, Araya L H, Vera A G, Andreu R R y col. Consumption of a DHA-enriched milk drink by pregnant and lactating women, on the fatty acid composition of red blood cells, breast milk, and in the newborn. *Arch Latinoam Nutr.* 2009; 59(3): 271-7.

Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:56. doi: 10.1186/1471-2393-10-56.

Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Changes in snuff and smoking habits in Swedish pregnant women and risk for small for gestational age births. *BJOG.* 2013;120(4):456-62. doi: 10.1111/1471-0528.12067.

Bailey B. Alcohol consumption in early and late pregnancy is associated with poor child reading and writing ability at 8-9 years of age. *Evid Based Nurs.* 2014a;17(3):87. doi: 10.1136/eb-2013-101544.

- Bailey BA, Sokol RJ. Some pregnant women still don't believe drinking is dangerous. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014b;40(2):85-6. doi: 10.3109/00952990.2013.870186.
- Bakker R, Steegers EA, Obradov A, Raat H, Hofman A, Jaddoe VW. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(6):1691-8. doi: 10.3945/ajcn.2009.28792.
- Baña A, Tabernero MJ, Pérez-Muñuzuri A, López-Suárez O, Dosil S, Cabarcos P y col. Prenatal alcohol exposure and its repercussion on newborns. *J Neonatal Perinatal Med*. 2014;7(1):47-54. doi: 10.3233/NPM-1471413.
- Banjari I, Matoković V, Škoro V. The question is whether intake of folic acid from diet alone during pregnancy is sufficient. *Med Pregl*. 2014;67(9-10):313-21.
- Barger MK. Maternal nutrition and perinatal outcomes. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(6):502-11. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.017.
- Barua S, Junaid MA. Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects. *Epigenomics*. 2015;7(1):85-102. doi: 10.2217/epi.14.71.
- Basu A, Kennedy L, Tocque K, Jones S. Eating for 1, Healthy and Active for 2; feasibility of delivering novel, compact training for midwives to build knowledge and confidence in giving nutrition, physical activity and weight management advice during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:218. doi: 10.1186/1471-2393-14-218.
- Bath SC, Steer CD, Golding J, Emmett P, Rayman MP. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet*. 2013;382(9889):331-7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60436-5.
- Bell JC, Raynes-Greenow C, Turner RM, Bower C, Nassar N, O'Leary CM. Maternal alcohol consumption during pregnancy and the risk of orofacial clefts in infants: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2014;28(4):322-32. doi: 10.1111/ppe.12131.
- Belzer LM, Smulian JC, Lu SE, Tepper BJ. Changes in sweet taste across pregnancy in mild gestational diabetes mellitus: relationship to endocrine factors. *Chem Senses*. 2009;34(7):595-605. doi: 10.1093/chemse/bjp041.

- Belzer LM, Smulian JC, Lu SE, Tepper BJ. Food cravings and intake of sweet foods in healthy pregnancy and mild gestational diabetes mellitus. A prospective study. *Appetite*. 2010;55(3):609-15. doi: 10.1016/j.appet.2010.09.014.
- Benedum CM, Yazdy MM, Mitchell AA, Werler MM. Risk of spina bifida and maternal cigarette, alcohol, and coffee use during the first month of pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(8):3263-81. doi: 10.3390/ijerph10083263.
- Bener A, Saleh NM. The impact of socio-economic, lifestyle habits, and obesity in developing of pregnancy-induced hypertension in fast-growing country: global comparisons. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(1):52-7.
- Bermúdez-Millán Á, Hromi-Fiedler A, Damio G, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R. Egg contribution towards the diet of pregnant Latinas. *Ecol Food Nutr*. 2009;48(5):383-403. doi: 10.1080/03670240903170517.
- Beyerlein A, Schiessl B, Lack N, von Kries R. Associations of gestational weight loss with birth-related outcome: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2011;118(1):55-61. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02761.x.
- Bhutta ZA, Imdad A, Ramakrishnan U, Martorell R. Is it time to replace iron folate supplements in pregnancy with multiple micronutrients? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012;Suppl 1:27-35. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01313.x.
- Black AE, Goldberg GR, Jebb SA, Livinstone MBE, Cole TJ, Prentice AM. Critical evaluation of energy intake data using fundamental principles of energy physiology: 2. Evaluation the results of published surveys. *Eur J Clin Nutr*. 1991;45:583-599.
- Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks LK, Patterson AJ, Smith R, Collins CE. Disparities exist between National food group recommendations and the dietary intakes of women. *BMC Womens Health*. 2011;11:37. doi: 10.1186/1472-6874-11-37.
- Bojar I, Owoc A, Humeniuk E, Wierzba W, Fronczak A. Inappropriate consumption of vitamins and minerals by pregnant women in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(2):263-6.
- Bokhari F, Derbyshire EJ, Li W, Brennan CS. Can an iron-rich staple food help women to achieve dietary targets in pregnancy? *Int J Food Sci Nutr*. 2012;63(2):199-207. doi: 10.3109/09637486.2011.618119.

- Borazjani F, Angali KA, Kulkarni SS. Milk and protein intake by pregnant women affects growth of foetus. *J Health Popul Nutr.* 2013;31(4):435-45.
- Borgen I, Aamodt G, Harsem N, Haugen M, Meltzer HM, Brantsæter AL. Maternal sugar consumption and risk of preeclampsia in nulliparous Norwegian women. *Eur J Clin Nutr.* 2012;66(8):920-5. doi: 10.1038/ejcn.2012.61.
- Borja JB. The impact of early nutrition on health: key findings from the Cebu Longitudinal Health and Nutrition Survey (CLHNS). *Malays J Nutr.* 2013;19(1):1-8.
- Bortolus R, Blom F, Filippini F, van Poppel MN, Leoncini E, de Smit DJ y col. Prevention of congenital malformations and other adverse pregnancy outcomes with 4.0 mg of folic acid: community-based randomized clinical trial in Italy and the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:166. doi: 10.1186/1471-2393-14-166.
- Boylan SM, Greenwood DC, Alwan N, Cooke MS, Dolby VA, Hay AW y col. Does nausea and vomiting of pregnancy play a role in the association found between maternal caffeine intake and fetal growth restriction? *Matern Child Health J.* 2013;17(4):601-8. doi: 10.1007/s10995-012-1034-7.
- Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2301. doi: 10.1136/bmj.g2301.
- Brantsaeter AL, Haugen M, Samuelsen SO, Torjusen H, Trogstad L, Alexander J y col. A dietary pattern characterized by high intake of vegetables, fruits, and vegetable oils is associated with reduced risk of preeclampsia in nulliparous pregnant Norwegian women. *J Nutr.* 2009;139(6):1162-8. doi: 10.3945/jn.109.104968.
- Brantsæter AL, Olafsdottir AS, Forsum E, Olsen SF, Thorsdottir I. Does milk and dairy consumption during pregnancy influence fetal growth and infant birthweight? A systematic literature review. *Food Nutr Res.* 2012;56. doi: 10.3402/fnr.v56i0.20050.
- Branum AM, Bailey R, Singer BJ. Dietary supplement use and folate status during pregnancy in the United States. *J Nutr.* 2013;143(4):486-92. doi: 10.3945/jn.112.169987.

Brion MJ, Ness AR, Rogers I, Emmett P, Cribb V, Davey Smith G y col. Maternal macronutrient and energy intakes in pregnancy and offspring intake at 10 y: exploring parental comparisons and prenatal effects. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(3):748-56. doi: 10.3945/ajcn.2009.28623.

Brown J. Nutrition During Pregnancy. Conditions and Interventions. En: Brown JE (ed). *Nutrition Through The Life*. 4ª ed. Wadsworth; Cengage Learning; 2011. 134-158.

Brown J. Preconception Nutrition. Conditions and Interventions. En: Brown JE (ed). *Nutrition Through The Life*. 4ª ed. Wadsworth; Cengage Learning; 2011a. 70-86.

Brown JE. Nutrition during pregnancy. En: Brown JE editor. *Nutrition through the life cycle*. 4ª edición. Cengage Learning. Minnesota. 2011b. pp 87-133.

Brown JE. Preconception Nutrition. En: Brown JE (ed). *Nutrition Through The Life*. 4ª ed. Wadsworth; Cengage Learning; 2011c. 51-69.

Brown MJ, Sinclair M, Liddle D, Hill AJ, Madden E, Stockdale J. A systematic review investigating healthy lifestyle interventions incorporating goal setting strategies for preventing excess gestational weight gain. *PLoS One*. 2012;7(7):e39503. doi: 10.1371/journal.pone.0039503.

Bueno M, Bueno-Lozano M. Nutrición del feto y desarrollo de enfermedades en la vida adulta: el alto costo del retraso del crecimiento intrauterino. *Alimentación, Nutrición y Salud* 2010;17 (2): 41-44.

Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;5(10):CD007079. doi: 10.1002/14651858.CD007079.

Burr ML, Trembeth J, Jones KB, Geen J, Lynch LA, Roberts ZE. The effects of dietary advice and vouchers on the intake of fruit and fruit juice by pregnant women in a deprived area: a controlled trial. *Public Health Nutr*. 2007;10(6):559-65.

Burris HH, Rifas-Shiman SL, Huh SY, Kleinman K, Litonjua AA, Oken E y col. Vitamin D status and hypertensive disorders in pregnant women. *Ann Epidemiol*. 2014;24(5):399-403.e1. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.02.001.

- Burton GJ, Fowden AL. The placenta: a multifaceted, transient organ. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2015;370(1663):20140066. doi: 10.1098/rstb.2014.0066.
- Buscicchio G, Lorenzi S, Tranquilli AL. The effects of different concentrations of cocoa in the chocolate intaken by the mother on fetal heart rate. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(15):1465-7. doi: 10.3109/14767058.2013.783813.
- Buscicchio G, Piemontese M, Gentilucci L, Ferretti F, Tranquilli AL. The effects of maternal caffeine and chocolate intake on fetal heart rate. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(5):528-30. doi: 10.3109/14767058.2011.636104.
- Buss C, Nunes MA, Camey S, Manzolli P, Soares RM, Drehmer M y col. Dietary fibre intake of pregnant women attending general practices in southern Brazil--the ECCAGE Study. *Public Health Nutr*. 2009;12(9):1392-8. doi: 10.1017/S1368980008004096.
- Caldwell KL, Pan Y, Mortensen ME, Makhmudov A, Merrill L, Moye J. Iodine status in pregnant women in the National Children's Study and in U.S. women (15-44 years), National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. *Thyroid*. 2013;23(8):927-37. doi: 10.1089/thy.2013.0012.
- Caleyachetty R, Tait CA, Kengne AP, Corvalan C, Uauy R, Echouffo-Tcheugui JB. Tobacco use in pregnant women: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 54 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2014;2(9):e513-20. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70283-9.
- Care Study Group. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *BMJ*. 2008;337-2332
- Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*. 2011;27(6):793-801. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.006.
- Carolan M. Maternal age  $\geq$  45 years and maternal and perinatal outcomes: a review of the evidence. *Midwifery*. 2013;29(5):479-89. doi: 10.1016/j.midw.2012.04.001.
- Carreto-Molina N, García-Solís P, Solís-S JC, Robles-Osorio L, Hernández-Montiel HL, Vega-Malagón G. Importance of iodine in pregnancy. *Arch Latinoam Nutr*. 2012;62(3):213-9.



- Carrillo SM, Pérez Guillén A, Hernández Hernández RA, Herrera Mogollón HA. Anthropometric nutritional evaluation of the pregnant women and its relation with the product of the gestation. *Nutr Hosp.* 2010;25(5):832-7.
- Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S y col. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(8):S1-31.
- Caudill MA. Pre- and postnatal health: Evidence of increased choline needs. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(8):1198-1206.
- Ceccanti M, Fiorentino D, Coriale G, Kalberg WO, Buckley D, Hoyme HE y col. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders in a province in Italy. *Drug Alcohol Depend.* 2014;1:145:201-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.10.017.
- Chambers CD, Hughes S, Meltzer SB, Wahlgren D, Kassem N, Larson S y col. Alcohol consumption among low-income pregnant Latinas. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(11):2022-8.
- Chappell LC, Seed PT, Myers J, Taylor RS, Kenny LC, Dekker GA y col. Exploration and confirmation of factors associated with uncomplicated pregnancy in nulliparous women: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f6398. doi: 10.1136/bmj.f6398.
- Chatterjee R, Shand A, Nassar N, Walls M, Khambalia AZ. Iron supplement use in pregnancy - Are the right women taking the right amount? *Clin Nutr.* 2015. pii: S0261-5614(15)00146-6. doi: 10.1016/j.clnu.2015.05.014.
- Chatzi L, Melaki V, Sarri K, Apostolaki I, Roumeliotaki T, Georgiou V y col. Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece. *Public Health Nutr.* 2011;14(9):1663-70. doi: 10.1017/S1368980010003629.
- Chelchowska M, Ambroszkiewicz J, Jablonka-Salach K, Gajewska J, Maciejewski TM, Bulska E y col. Tobacco smoke exposure during pregnancy increases maternal blood lead levels affecting neonate birth weight. *Biol Trace Elem Res.* 2013;155(2):169-75. doi: 10.1007/s12011-013-9775-8.
- Chen L, Bell EM, Browne ML, Druschel CM, Romitti PA; National Birth Defects Prevention Study. Exploring maternal patterns of dietary caffeine consumption before

conception and during pregnancy. *Matern Child Health J.* 2014;18(10):2446-55. doi: 10.1007/s10995-014-1483-2.

Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med.* 2014;12:174. doi: 10.1186/s12916-014-0174-6.

Chen YH, Zhao M, Chen X, Zhang Y, Wang H, Huang YY y col. Zinc supplementation during pregnancy protects against lipopolysaccharide-induced fetal growth restriction and demise through its anti-inflammatory effect. *J Immunol.* 2012;189(1):454-63. doi: 10.4049/jimmunol.1103579.

Chiba T, Ebina S, Kashiwakura I. Influence of maternal body mass index on gestational weight gain and birth weight: A comparison of parity. *Exp Ther Med.* 2013;6(2):293-298.

Choi JH, Yates Z, Veysey M, Heo YR, Lucock M. Contemporary issues surrounding folic Acid fortification initiatives. *Prev Nutr Food Sci.* 2014;19(4):247-60. doi: 10.3746/pnf.2014.19.4.247.

Chortatos A, Haugen M, Iversen PO, Vikanes Å, Magnus P, Veierød MB. Nausea and vomiting in pregnancy: associations with maternal gestational diet and lifestyle factors in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG.* 2013;120(13):1642-53. doi: 10.1111/1471-0528.12406.

Chuang CH, Stengel MR, Hwang SW, Velott D, Kjerulff KH, Kraschnewski JL. Behaviours of overweight and obese women during pregnancy who achieve and exceed recommended gestational weight gain. *Obes Res Clin Pract.* 2014;8(6):e577-83. doi: 10.1016/j.orcp.2013.12.254.

Chung JG, Taylor RS, Thompson JM, Anderson NH, Dekker GA, Kenny LC. Gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes in a nulliparous cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;167(2):149-53. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.11.020.

Claycombe KJ, Uthus EO, Roemmich JN, Johnson LK, Johnson WT. Prenatal low-protein and postnatal high-fat diets induce rapid adipose tissue growth by inducing Igf2

expression in Sprague Dawley rat offspring. *J Nutr.* 2013;143(10):1533-9. doi: 10.3945/jn.113.178038.

Clifford A, Lang L, Chen R. Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on cognitive parameters of children and young adults: a literature review. *Neurotoxicol Teratol.* 2012;34(6):560-70. doi: 10.1016/j.ntt.2012.09.004. Cohen TR, Koski KG.

Limiting excess weight gain in healthy pregnant women: importance of energy intakes, physical activity, and adherence to gestational weight gain guidelines. *J Pregnancy.* 2013;2013:787032. doi: 10.1155/2013/787032.

Cooke L, Fildes A. The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite.* 2011;57(3):808-11. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.317.

Crane JM, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(7):606-11.

Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(1):28-35.

Criss S, Woo Baidal JA, Goldman RE, Perkins M, Cunningham C, Taveras EM. The Role of Health Information Sources in Decision-Making Among Hispanic Mothers During Their Children's First 1000 Days of Life. *Matern Child Health J.* 2015;30: 332-45.

Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Robinson SM. Dietary patterns in pregnant women: a comparison of food-frequency questionnaires and 4 d prospective diaries. *Br J Nutr.* 2008;99(4): 869-75.

Crozier SR, Robinson SM, Borland SE, Godfrey KM, Cooper C, Inskip HM y col. Do women change their health behaviours in pregnancy? Findings from the Southampton Women's Survey. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2009;23(5):446-53. doi: 10.1111/j.1365-3016.2009.01036.x.

Cucó G, Fernández-Ballart J, Sala J, Viladrich C, Iranzo R, Vila J y col. Los patrones dietéticos y estilos de vida asociados en la concepción, el embarazo y el posparto. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60(3):364-71.

- Cuervo M, Sayon-Orea C, Santiago S, Martinez JA. Perfiles dietéticos y de salud de los españoles las mujeres en la concepción, el embarazo y la lactancia. *Nutrientes*. 2014;6(10):4434-51. doi: 10.3390 / nu6104434.
- Curtis EM, Moon RJ, Dennison EM, Harvey NC. Prenatal calcium and vitamin D intake, and bone mass in later life. *Curr Osteoporos Rep*. 2014;12(2):194-204. doi: 10.1007/s11914-014-0210-7.
- da Rocha CM, Kac G. High dietary ratio of omega-6 to omega-3 polyunsaturated acids during pregnancy and prevalence of post-partum depression. *Matern Child Nutr*. 2012;8(1):36-48. doi: 10.1111/j.1740-8709.2010.00256.x.
- Dart AB, Ruth CA, Sellers EA, Au W, Dean HJ. Maternal Diabetes Mellitus and Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract (CAKUT) in the Child. *Am J Kidney Dis*. 2015.pii: S0272-6386(14)01527-3. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.11.017.
- Davies GA, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R , Basso M, Bos H, Delisle MF, Farine D. La obesidad en el embarazo. *J Obstet Gynaecol Can* 2010 Feb; 32(2):165-73.
- Dawodu A, Akinbi H. Vitamin D nutrition in pregnancy: current opinion. *Int J Womens Health*. 2013;5:333-43. doi: 10.2147/IJWH.S34032. Print 2013.
- de Jersey SJ, Nicholson JM, Callaway LK, Daniels LA. An observational study of nutrition and physical activity behaviours, knowledge, and advice in pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:115.
- Dean SV, Imam AM, Lassi ZS, Bhutta ZA. Importance of intervening in the preconception period to impact pregnancy outcomes. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2013;74:63-73. doi: 10.1159/000348402.
- Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*. 2014,11 Suppl 3:S3. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S3.
- Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr*. 2006;2(3):127-34.
- DeVido J, Bogunovic O, Weiss RD. Alcohol use disorders in pregnancy. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):112-21. doi: 10.1097/HRP.0000000000000070.

Dodd JM, O'Brien C, Grivell RM. Preventing pre-eclampsia - are dietary factors the key? *BMC Med.* 2014;12:176. doi: 10.1186/s12916-014-0176-4.

Doi L, Cheyne H, Jepson R. Alcohol brief interventions in Scottish antenatal care: a qualitative study of midwives' attitudes and practices. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:170. doi: 10.1186/1471-2393-14-170.

Dominguez LJ, Martínez-González MA, Basterra-Gortari FJ, Gea A, Barbagallo M, Bes-Rastrollo M. Fast food consumption and gestational diabetes incidence in the SUN project. *PLoS One.* 2014;9(9):e106627. doi: 10.1371/journal.pone.0106627. eCollection 2014.

Downs DS, Savage JS, Rauff EL. Falling Short of Guidelines? Nutrition and Weight Gain Knowledge in Pregnancy. *J Womens Health Care.* 2014;3. pii: 1000184.

Drehmer M, Camey SA, Nunes MA, Duncan BB, Lacerda M, Pinheiro AP y col. Fibre intake and evolution of BMI: from pre-pregnancy to postpartum. *Public Health Nutr.* 2013;16(8):1403-13. doi: 10.1017/S1368980012003849.

Dror DK, Allen LH. Interventions with vitamins B6, B12 and C in pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26 Suppl 1:55-74. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01277.x.

Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L. Tobacco, alcohol, marijuana and pregnancy: which women are at risk?. *Sante Publique.* 2014;26(5):603-12.

Dupraz J, Graff V, Barasche J, Etter JF, Boulvain M. Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13795. doi: 10.4414/smw.2013.13795.

Duthie EA, Drew EM, Flynn KE. Patient-provider communication about gestational weight gain among nulliparous women: a qualitative study of the views of obstetricians and first-time pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:231. doi: 10.1186/1471-2393-13-231.

Dzakpasu S, Fahey J, Kirby RS, Tough SC, Chalmers B, Heaman MI y col. Contribution of prepregnancy body mass index and gestational weight gain to caesarean birth in Canada. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:106. doi: 10.1186/1471-2393-14-106.

Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr.* 2015;104(1):12-8. doi: 10.1111/apa.12791.

Elchert J, Beaudrot M, DeFranco E. Gestational Weight Gain in Adolescent Compared with Adult Pregnancies: An Age-Specific Body Mass Index Approach. *J Pediatr.* 2015 27. pii: S0022-3476(15)00551-X. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.05.043.

Elhddad AS, Fairlie F, Lashen H. Impact of gestational weight gain on fetal growth in obese normoglycemic mothers: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(8):771-7. doi: 10.1111/aogs.12427.

Elmadfa I, Meyer AL. Vitamins for the first 1000 days: preparing for life. *Int J Vitam Nutr Res.* 2012;82(5):342-7. doi: 10.1024/0300-9831/a000129.

Emmett R, Akkersdyk S, Yeatman H, Meyer BJ. Expanding awareness of docosahexaenoic acid during pregnancy. *Nutrients.* 2013;5(4):1098-109. doi: 10.3390/nu5041098.

Emonts P, Masson V, Chantraine F, Kridelka F, Nisolle M. Addictions and pregnancy : how to ruin a pregnancy. *Rev Med Liege.* 2013;68(5-6):239-44.

Ensenauer R, Chmitorz A, Riedel C, Fenske N, Hauner H, Nennstiel-Ratzel U. Effects of suboptimal or excessive gestational weight gain on childhood overweight and abdominal adiposity: results from a retrospective cohort study. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(4):505-12. doi: 10.1038/ijo.2012.226.

Everette M. Gestational weight and dietary intake during pregnancy: perspectives of African American women. *Matern Child Health J.* 2008;12:718-724.

Faas AE, March SM, Moya PR, Molina JC. Alcohol odor elicits appetitive facial expressions in human neonates prenatally exposed to the drug. *Physiol Behav.* 2015; 21. pii: S0031-9384(15)00105-5. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.02.031.

Faci M. Influencia del estado nutricional y los hábitos alimentarios en la capacidad psicomotora, mental y afectiva de ancianos. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2002.

- Farah N, Stuart B, Donnelly V, Kennelly MM, Turner MJ. The influence of maternal body composition on birth weight. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;157(1):14-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.12.047.
- Farland LV, Rifas-Shiman SL, Gillman MW. Early Pregnancy Cravings, Dietary Intake, and Development of Abnormal Glucose Tolerance. *J Acad Nutr Diet.* 2015. pii: S2212-2672(15)00506-7. doi: 10.1016/j.jand.2015.04.018.
- Fattah C, Farah N, Barry SC, O'Connor N, Stuart B, Turner MJ. Maternal weight and body composition in the first trimester of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(7):952-5. doi: 10.3109/00016341003801706.
- Fayyaz F, Wang F, Jacobs RL, O'Connor DL, Bell RC, Field CJ y col. Folate, vitamin B12, and vitamin B6 status of a group of high socioeconomic status women in the Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition (APrON) cohort. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2014;39(12):1402-8. doi: 10.1139/apnm-2014-0181.
- Fazio Ede S, Nomura RM, Dias MC, Zugaib M. Dietary intake of pregnant women and maternal weight gain after nutritional counseling. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(2):87-92.
- Fehr KR, Fehr KD, Protudjer JL. Knowledge and use of folic acid in women of reproductive age. *Can J Diet Pract Res.* 2011;72(4):197-200. doi: 10.3148/72.4.2011.197.
- Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2012;22(6):904-13. doi: 10.1093/eurpub/ckr164.
- Feng Y, Yu D, Yang L, Da M, Wang Z, Lin Y y col. Maternal lifestyle factors in pregnancy and congenital heart defects in offspring: review of the current evidence. *Ital J Pediatr.* 2014;40(1):85.
- Ferrari P, Slimani N, Ciampi A, Trichopoulou A, Naska A, Lauria C y col. Evaluation of under-and overreporting of energy intake in the 24 hour diet recalls in the European prospective investigation into European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Public Health Nutr.* 2002;5(6B):1329-45.

- Ferriols E, Rueda C, Gamero R, Vidal M, Payá A, Carreras R y col. Relationship between lipids alterations during pregnancy and adverse pregnancy outcomes. *Clin Investig Arterioscler.* 2015. pii:So214-9168(15)00055-8. Doi:10.1016/j.arteri.2015.04.0003.
- Flores-Padilla L, Solorio Páez IC, Melo-Rey ML, Trejo-Franco J. El embarazo y la obesidad: el riesgo de desarrollar diabetes gestacional en la zona fronteriza norte de México. *Gac Med Mex.* 2014;150 Suppl 1: 73-8.
- Florido Navío J, Beltrán Montalbán E, Campoy Folgoso C. Nutrición durante la gestación y la lactancia. En: *Tratado de Nutrición. Nutrición Humana en el Estado de Salud*. Tomo III. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. 133-149.
- Forsum E, Brantsaeter AL, Olafsdottir AS, Olsen SF.. Peso antes de la concepción: una revisión sistemática de la literatura. *Alimentos Nutr Res.* 2013; 57.
- Fowler JK, Evers SE, Campbell MK. Inadequate dietary intakes among pregnant women. *Can J Diet Pract Res.* 2012;73(2):72-7.
- Fowles ER, Timmerman GM, Bryant M, Kim S. Eating at fast-food restaurants and dietary quality in low-income pregnant women. *West J Nurs Res.* 2011;33(5):630-51. doi: 10.1177/0193945910389083.
- Fowles ER, Stang J, Bryant M, Kim S. Stress, depression, social support, and eating habits reduce diet quality in the first trimester in low-income women: a pilot study. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(10):1619-25. doi: 10.1016/j.jand.2012.07.002.
- Friberg AK, Jørgensen FS. Few Danish pregnant women follow guidelines on periconceptional use of folic acid. *Dan Med J.* 2015;61(3). pii: A5019.
- Fuehrer L, Buckler E, Bowman E, Gregory T, McDaniel J. Promoting preconception health in primary care. *JAAPA.* 2015;28(8):27-32. doi: 10.1097/01.JAA.0000469436.52325.cb.
- Fuentes-Leonarte V, Estarlich M, Ballester F, Murcia M, Esplugues A, Aurekoetxea JJ y col. Pre- and postnatal exposure to tobacco smoke and respiratory outcomes during the first year. *Indoor Air.* 2015;25(1):4-12. doi: 10.1111/ina.12128.



Furuno JP, Gallicchio L, Sexton M. Cigarette smoking and low maternal weight gain in Medicaid-eligible pregnant women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004;13(7):770-7.

Galjaard S, Pexsters A, Devlieger R, Guelinckx I, Abdallah Y, Lewis C y col. The influence of weight gain patterns in pregnancy on fetal growth using cluster analysis in an obese and nonobese population. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(7):1416-22. doi: 10.1002/oby.20348.

Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Hauser R, Williams PL, Gillman MW, Penzias A y col. Prepregnancy dietary patterns and risk of pregnancy loss. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(4):1166-72. doi: 10.3945/ajcn.114.083634.

Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Hauser R, Williams PL, Gillman MW, Ginsburg ES y col. Maternal prepregnancy folate intake and risk of spontaneous abortion and stillbirth. *Obstet Gynecol*. 2014;124(1):23-31. doi: 10.1097/AOG.0000000000000343.

Gautam VP, Taneja DK, Sharma N, Gupta VK, Ingle GK. Dietary aspects of pregnant women in rural areas of Northern India. *Matern Child Nutr*. 2008;4(2):86-94. doi: 10.1111/j.1740-8709.2007.00131.x.

Geneva: World Health Organization; 2013. Source WHO Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy.

Gilmore LA, Klempel-Donchenko M, Redman LM. Pregnancy as a window to future health: Excessive gestational weight gain and obesity. *Semin Perinatol*. 2015;39(4):296-303. doi: 10.1053/j.semperi.2015.05.009.

Glinioer D. The importance of iodine nutrition during pregnancy. *Public Health Nutr*. 2007;10(12A):1542-6. doi: 10.1017/S1368980007360886.

Godfrey KM, Sheppard A, Guckman P. Epigenetic gene promoter metylation birth is associated with the rear adiposity in children. *Diabetes*. 2011;60:1528-1534.

Goletzke J, Buyken AE, Louie JC, Moses RG, Brand-Miller JC y col. Dietary micronutrient intake during pregnancy is a function of carbohydrate quality. *Am J Clin Nutr*. 2015. pii: ajcn104836.

Gollenberg A, Pekow P, Markenson G, Tucker KL, Chasan-Taber L. Dietary behaviors, physical activity, and cigarette smoking among pregnant Puerto Rican women. *Am J Clin Nutr.* 2008;87(6):1844-51.

Gómez Candela C, Loria V, Lourenço Nogueira T. Alimentación durante el embarazo. Pautas para conseguir los mejores resultados nutricionales y sanitarios para la madre y el niño. En: Ortega Anta RM (ed). *Nutrición en Población Femenina. Desde la Infancia a la Edad Avanzada.* Madrid: Ergon; 2007. 71-80.

Goris AHC, Westerterp-Plantenga MS, Westerterp KR. Undereating and underrecording of habitual food intake in obese men: selective underreporting of fat intake. *Am J Clin Nutr.* 2000;71:130-134.

Greenwood DC, Thatcher NJ, Ye J, Garrard L, Keogh G, King LG y col. Caffeine intake during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2014;29(10):725-34. doi: 10.1007/s10654-014-9944-x.

Grieger JA, Grzeskowiak LE, Clifton VL. Preconception dietary patterns in human pregnancies are associated with preterm delivery. *J Nutr.* 2014;144(7):1075-80. doi: 10.3945/jn.114.190686.

Groth SW, Kearney MH. Diverse women's beliefs about weight gain in pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54:452-457.

Groth SW, Morrison-Beedy D. Low-income, pregnant, African American women's views on physical activity and diet. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(2):195-202. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00203.x.

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina del Familia y Comunitaria. Una propuesta propuesta de la clase social. *Atención Primaria.* 2000;25(5):356-362.

Gugusheff JR, Ong ZY, Muhlhausler BS. The early origins of food preferences: targeting the critical windows of development. *FASEB J.* 2015;29(2):365-73. doi: 10.1096/fj.14-255976.

Guilland JC. What is a vitamin? *Rev Prat.* 2013;63(8):1060-9.

Gunnarsdottir I, Gustavsdottir AG, Steingrimsdottir L, Maage A, Johannesson AJ, Thorsdottir I. Iodine status of pregnant women in a population changing from high to lower fish and milk consumption. *Public Health Nutr.* 2013;16(2):325-9. doi: 10.1017/S1368980012001358.

Haakstad LA, Voldner N, Bø K. Attitudes and awareness towards weight gain among normal weight and overweight pregnant women. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;26:1-6.

Haggarty P, Campbell DM, Knox S, Horgan GW, Hoad G, Boulton E y col. Vitamin D in pregnancy at high latitude in Scotland. *Br J Nutr.* 2013;109(5):898-905. doi: 10.1017/S0007114512002255.

Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD004905. doi: 10.1002/14651858.CD004905.

Haider BA, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of multiple micronutrient supplementation during pregnancy on maternal and birth outcomes. *BMC Public Health.* 2011;11 Suppl 3:S19. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S19.

Hambidge KM, Krebs NF, Westcott JE, Garces A, Goudar SS, Kodkany BS y col. Preconception maternal nutrition: a multi-site randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:111. doi: 10.1186/1471-2393-14-111.

Hamer M, Chida Y. Intake of fruit, vegetables, and antioxidants and risk of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2007;25(12):2361-9.

Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S y col. The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD: a large population-based study. *Psychiatry Res.* 2015;225(1-2):164-8. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.009.

Han S, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28;3:CD009275. doi: 10.1002/14651858.CD009275.pub2.

- Harris HR, Willett WC, Michels KB. Parental smoking during pregnancy and risk of overweight and obesity in the daughter. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37(10):1356-63. doi: 10.1038/ijo.2013.101.
- Harrison GG, Galal OM, Ibrahim N, Khorshid A, Stormer A, Leslie J, Saleh NT. Underreporting of food intake by dietary recall is not universal: a comparison of data from Egyptian and American women. *J Nutr* .2000;130:2049-2054.
- Harvey NC, Holroyd C, Ntani G, Javaid K, Cooper P, Moon R y col. Vitamin D supplementation in pregnancy: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2014;18(45):1-190. doi: 10.3310/hta18450.
- Hatch EE, Wise LA, Mikkelsen EM, Christensen T, Riis AH, Sørensen HT y col. Caffeinated beverage and soda consumption and time to pregnancy. *Epidemiology*. 2012;23(3):393-401. doi: 10.1097/EDE.0b013e31824cbaac.
- Hatzopoulou K, Filis V, Grammatikopoulou MG, Kotzamanidis C, Tsigga M. Greek pregnant women demonstrate inadequate micronutrient intake despite supplement use. *J Diet Suppl*. 2014;11(2):155-65. doi: 10.3109/19390211.2013.859210.
- Haugen M, Brantsæter AL, Winkvist A, Lissner L, Alexander J, Oftedal B. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:201. doi: 10.1186/1471-2393-14-201.
- Haugen M, Vikanes A, Brantsaeter AL, Meltzer HM, Grjibovski AM, Magnus P. Diet before pregnancy and the risk of hyperemesis gravidarum. *Br J Nutr*. 2011;106(4):596-602. doi: 10.1017/S0007114511000675.
- Hautero U, Laakso P, Linderborg K, Niinivirta K, Poussa T, Isolauri E y col. Proportions and concentrations of serum n-3 fatty acids can be increased by dietary counseling during pregnancy. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(11):1163-8. doi: 10.1038/ejcn.2013.169.
- Hawley NL, Jhonson W, Hart CN, Triche EW, Ching JA, Muasau-Howard B. y col. El aumento de peso gestacional entre las mujeres de Samoa estadounidense y su impacto en los resultados del parto y niños. *BMC Embarazo Parto*. 2015;15: 10. doi: 10.1186 / s12884-015-0451-1.

Hawsawi AM, Bryant LO, Goodfellow LT. Association between exposure to secondhand smoke during pregnancy and low birthweight: a narrative review. *Respir Care*. 2015;60(1):135-40. doi: 10.4187/respcare.02798.

Hedelin M, Löf M, Olsson M, Lewander T, Nilsson B, Hultman CM y col. Dietary intake of fish, omega-3, omega-6 polyunsaturated fatty acids and vitamin D and the prevalence of psychotic-like symptoms in a cohort of 33,000 women from the general population. *BMC Psychiatry*. 2010;10:38. doi: 10.1186/1471-244X-10-38.

Heppe DH, Steegers EA, Timmermans S, Breeijen Hd, Tiemeier H, Hofman A. Maternal fish consumption, fetal growth and the risks of neonatal complications: the Generation R Study. *Br J Nutr*. 2011a;105(6):938-49. doi: 10.1017/S0007114510004460.

Heppe DH, van Dam RM, Willemsen SP, den Breeijen H, Raat H, Hofman A, Steegers EA y col. Maternal milk consumption, fetal growth, and the risks of neonatal complications: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr*. 2011b;94(2):501-9. doi: 10.3945/ajcn.111.013854.

Herrera-Suárez CC, Vásquez-Garibay EM, Romero-Velarde E, Romo-Huerta HP, García De Alba García JE, Troyo-Sanromán R. Food habits and culture factors in pregnant adolescents. *Arch Latinoam Nutr*. 2008;58(1):19-26.

Herring SJ, Henry TQ, Klotz AA, Foster GD, Whitaker RC. Perceptions of low-income African-American mothers about excessive gestational weight gain. *Matern Child Health J*. 2012;16(9):1837-43. doi: 10.1007/s10995-011-0930-6.

Herring SJ, Nelson DB, Davey A, Klotz AA, Dibble LV, Oken E y col. Determinants of excessive gestational weight gain in urban, low-income women. *Womens Health Issues*. 2012a;22(5):e439-46. doi: 10.1016/j.whi.2012.05.004.

Hess CM, Maughan E. Understandings of prenatal nutrition among Argentine women. *Health Care Women Int*. 2012;33(2):153-67. doi: 10.1080/07399332.2011.610531.

Hill AJ, McCance DR. Anthropometric and nutritional associations of food cravings in pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014;4(3):235. doi: 10.1016/j.preghy.2014.03.018.

- Hinkle SN, Laughon SK, Catov JM, Olsen J, Bech BH. First trimester coffee and tea intake and risk of gestational diabetes mellitus: a study within a national birth cohort. *BJOG*. 2015;122(3):420-8. doi: 10.1111/1471-0528.12930.
- Hinneburg I. Healthy nutrition in pregnancy. *Med Monatsschr Pharm*. 2013;36(2):65-7.
- Hofmeyr GJ, Belizán JM, von Dadelszen P. Low-dose calcium supplementation for preventing pre-eclampsia: a systematic review and commentary. *BJOG*. 2014;121(8):951-7. doi: 10.1111/1471-0528.12613.
- Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(8):CD001059. doi: 10.1002/14651858.CD001059.
- Hollins Martin C. Higher coffee intake in pregnancy linked to prolonged gestation, and higher caffeine intake linked with babies being small for gestational age. *Evid Based Nurs*. 2014;17(4):106. doi: 10.1136/eb-2013-101683.
- Holowko N, Mishra G, Koupil I. Social inequality in excessive gestational weight gain. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38(1):91-6. doi: 10.1038/ijo.2013.62.
- Horn F, Sabova L, Pinterova E, Hornova J, Trnka J. Prevention of neural tube defects by folic acid - awareness among women of childbearing age in Slovakia. *Bratisl Lek Listy*. 2014;115(2):91-7.
- Horta BL, Gigante DP, Nazmi A, Silveira VM, Oliveira I, Victora CG. Maternal smoking during pregnancy and risk factors for cardiovascular disease in adulthood. *Atherosclerosis*. 2011;219(2):815-20. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2011.08.018.
- Howards PP, Hertz-Picciotto I, Bech BH, Nohr EA, Andersen AM, Poole C y col. Spontaneous abortion and a diet drug containing caffeine and ephedrine: a study within the Danish national birth cohort. *PLoS One*. 2012;7(11):e50372. doi: 10.1371/journal.pone.0050372
- Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE; Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: preterm birth matters. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1:S1. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S1.

Hoyt AT, Browne M, Richardson S, Romitti P, Druschel C; National Birth Defects Prevention Study. Maternal caffeine consumption and small for gestational age births: results from a population-based case-control study. *Matern Child Health J.* 2014;18(6):1540-51. doi: 10.1007/s10995-013-1397-4.

Hrolfsdottir L, Rytter D, Hammer Bech B, Brink Henriksen T, Danielsen I, Steingrimsdottir L. Maternal milk consumption, birth size and adult height of offspring: a prospective cohort study with 20 years of follow-up. *Eur J Clin Nutr.* 2013;7(10):1036-41. doi: 10.1038/ejcn.2013.151.

Hromi-Fiedler A, Bermúdez-Millán A, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R. Nutrient and food intakes differ among Latina subgroups during pregnancy. *Public Health Nutr.* 2012;15(2):341-51. doi: 10.1017/S136898001100108X.

Hui AL, Sevenhuysen G, Harvey D, Salamon E. Food choice decision-making by women with gestational diabetes. *Can J Diabetes.* 2014;38(1):26-31. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.08.263.

Hure A, Young A, Smith R, Collins C. Diet and pregnancy status in Australian women. *Public Health Nutr.* 2009;12(6):853-61. doi: 10.1017/S1368980008003212.

Huybregts LF, Roberfroid DA, Kolsteren PW, Van Camp JH. Dietary behaviour, food and nutrient intake of pregnant women in a rural community in Burkina Faso. *Matern Child Nutr.* 2009;5(3):211-22. doi: 10.1111/j.1740-8709.2008.00180.x.

Iñiguez C, Ballester F, Costa O, Murcia M, Souto A, Santa-Marina L y col. Maternal smoking during pregnancy and fetal biometry: the INMA Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2013;178(7):1067-75. doi: 10.1093/aje/kwt085.

Inskip HM, Crozier SR, Godfrey KM, Borland SE, Cooper C, Robinson SM y col. Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. *BMJ.* 2009;338:b481. doi: 10.1136/bmj.b481.

Ion R, Bernal AL. Smoking and Preterm Birth. *Reprod Sci.* 2014. pii: 1933719114556486.

Jacquemyn Y, Ajaji M, Karepouan N, Jacquemyn N, Van Sande H. Vitamin B12 and folic acid status of term pregnant women and newborns in the Antwerp region, Belgium. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(2):141-3.

- Jagielska I, Kazdepka-Ziemińska A, Stankiewicz M, Kaźmierczak J. Alcohol--woman, pregnancy and a newborn child. *Przegl Lek.* 2012;69(10):1108-10.
- Jahan K, Roy SK, Mahrshahi S, Sultana N, Khatoon S, Roy H y col. Short-term nutrition education reduces low birthweight and improves pregnancy outcomes among urban poor women in Bangladesh. *Food Nutr Bull.* 2014;35(4):414-21.
- Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;28:2:CD006965. doi: 10.1002/14651858.CD006965.pub3.
- Jedrychowski W, Perera F, Mrozek-Budzyn D, Flak E, Mroz E, Sochacka-Tatara E y col. Higher fish consumption in pregnancy may confer protection against the harmful effect of prenatal exposure to fine particulate matter. *Ann Nutr Metab.* 2010;56(2):119-26. doi: 10.1159/000275918.
- Jedrychowski WA, Perera FP, Camann D, Spengler J, Butscher M, Mroz E y col. Prenatal exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and cognitive dysfunction in children. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2015;22(5):3631-9. doi: 10.1007/s11356-014-3627-8.
- Johnson M, Campbell F, Messina JL, Preston, Buckley H, Goyder E. El control de peso durante el embarazo: una revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Partería.* 2013; 29 (12): 1287-1296. doi: 10.1016 / j.midw.2012.11.016.
- Jones EJ, Roche CC, Appel SJ. A review of the health beliefs and lifestyle behaviors of women with previous gestational diabetes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(5):516-26. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01051.x.
- Jung ME, Stork MJ, Stapleton J, Bourne JE, Martin Ginis KA. A systematic review of behavioural interventions to increase maternal calcium intake. *Matern Child Nutr.* 2014. doi: 10.1111/mcn.12158.
- Kaiser LL, Campbell CG; Academy Positions Committee Workgroup. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstract: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(9):1447.
- Kamer B, Pasowska R, Grys W, Socha-Banasiak A, Kamer-Bartosińska A, Matczak-Rynkowska A y col. Pre- and postnatal exposure of children to tobacco smoke during



the first four years of life--observations of the authors. *Ann Agric Environ Med*. 2014;21(4):753-9. doi: 10.5604/12321966.1129928.

Kapadia MZ, Park CK, Beyene J, Giglia L, Maxwell C, McDonald SD. Weight Loss Instead of Weight Gain within the Guidelines in Obese Women during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analyses of Maternal and Infant Outcomes. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132650. doi: 10.1371/journal.pone.0132650. eCollection 2015.

Kaplan-Sturk R, Åkerud H, Volgsten H, Hellström-Westas L, Wiberg-Itzel E. Outcome of deliveries in healthy but obese women: obesity and delivery outcome. *BMC Res Notes*. 2013;6:50. doi: 10.1186/1756-0500-6-50.

Karamanos B, Thanopoulou A, Anastasiou E, Assaad-Khalil S, Albache N, Bachaoui M y col. Relation of the Mediterranean diet with the incidence of gestational diabetes. *Eur J Clin Nutr*. 2014;68(1):8-13. doi: 10.1038/ejcn.2013.177.

Karlsson T, Andersson L, Hussain A, Bosaeus M, Jansson N, Osmancevic A y col. Lower vitamin D status in obese compared with normal-weight women despite higher vitamin D intake in early pregnancy. *Clin Nutr*. 2014. pii: S0261-5614(14)00240-4. doi: 10.1016/j.clnu.2014.09.012.

Karras SN, Anagnostis P, Annweiler C, Naughton DP, Petroczi A, Bili E y col. Maternal vitamin D status during pregnancy: the Mediterranean reality. *Eur J Clin Nutr*. 2014;68(8):864-9. doi: 10.1038/ejcn.2014.80.

Kaushal M, Magon N. Vitamin D in pregnancy: A metabolic outlook. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(1):76-82. doi: 10.4103/2230-8210.107862.

Kazemian E, Dorosty-Motlagh AR, Sotoudeh G, Eshraghian MR, Ansary S, Omidian M. Nutritional status of women with gestational hypertension compared with normal pregnant women. *Hypertens Pregnancy*. 2013;32(2):146-56. doi: 10.3109/10641955.2013.784782.

Kennedy D, Koren G. Identifying women who might benefit from higher doses of folic acid in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2012;58(4):394-7.

Kent E, O'Dwyer V, Fattah C, Farah N, O'Connor C, Turner MJ. Correlation between birth weight and maternal body composition. *Obstet Gynecol*. 2013;121(1):46-50. doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31827a0052>.

- Kenyon C. La salud digestiva en el embarazo. *Partera Pract.* 2014;17(9):14-5, 18.
- Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42(6):634-43. doi: 10.1002/uog.12494.
- Kidanto HL, Mogren I, Lindmark G, Massawe S, Nystrom L. Risks for preterm delivery and low birth weight are independently increased by severity of maternal anaemia. *S Afr Med J.* 2009;99(2):98-102.
- Kim HW. Development of the pregnancy nutrition knowledge scale and its relationship with eating habits in pregnant women visiting community health center. *J Korean Acad Nurs.* 2009;39(1):33-43. doi: 10.4040/jkan.2009.39.1.33.
- Kingsbury AM, Hayatbakhsh R, Gibbons K, Flenady V, Najman JM. Women's frequency of alcohol consumption prior to pregnancy and at their pregnancy-booking visit 2001-2006: A cohort study. *Women Birth.* 2014. pii: S1871-5192(14)00103-6. doi: 10.1016/j.wombi.2014.11.005.
- Kinnunen TI, Puhkala J, Raitanen J, Ahonen S, Aittasalo M, Virtanen SM y col. Effects of dietary counselling on food habits and dietary intake of Finnish pregnant women at increased risk for gestational diabetes - a secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.* 2014;10(2):184-97. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00426.x.
- Klejewski A, Urbaniak T, Pisarska-Krawczyk M, Sobczyk K. Influence of smoking on pregnancy. *Przegl Lek.* 2012;69(10):929-33.
- Klimacka-Nawrot E, Suchecka W, Hartman M, Gałazka A, Musialik J, Petelenz M y col. Changes in food preferences in pregnant women. *Wiad Lek.* 2012;65(1):10-4.
- Koletzko B, Lien E, Agostoni C, Böhles H, Campoy C, Cetin I y col. The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med.* 2008;36(1):5-14. doi: 10.1515/JPM.2008.001.
- Kominiarek MA, Gay F, Peacock N. Obesity in Pregnancy: A Qualitative Approach to Inform an Intervention for Patients and Providers. *Matern Child Health J.* 2015. 5.

Kovess V, Keyes KM, Hamilton A, Pez O, Bitfoi A, Koç C y col. Maternal smoking and offspring inattention and hyperactivity: results from a cross-national European survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 .

Krzepota J, Putek-Szeląg E. Nutritional habits in the light of general health behaviours of pregnant women. *Ann Agric Environ Med*. 2014;21(2):425-8. doi: 10.5604/1232-1966.1108618.

Kubota K, Itoh H, Tasaka M, Naito H, Fukuoka Y, Muramatsu Kato K, Kohmura YK, Sugihara K y col. Changes of maternal dietary intake, bodyweight and fetal growth throughout pregnancy in pregnant Japanese women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(9):1383-90. doi: 10.1111/jog.12070.

Lange S, Probst C, Quere M, Rehm J, Popova S. Alcohol use, smoking and their co-occurrence during pregnancy among Canadian women, 2003 to 2011/12. *Addict Behav*. 2015;50:102-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.06.018.

Lan-Pidhainy X, Nohr EA, Rasmussen KM. Comparison of gestational weight gain-related pregnancy outcomes in American primiparous and multiparous women. *Am J Clin Nutr*. 2013;97(5):1100-6. doi: 10.3945/ajcn.112.052258.

Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reprod Health*. 2014 26;11 Suppl 3:S6. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S6.

Lee SE, Talegawkar SA, Merialdi M, Caulfield LE. Dietary intakes of women during pregnancy in low- and middle-income countries. *Public Health Nutr*. 2013;16(8):1340-53. doi: 10.1017/S1368980012004417.

Lerchbaum E, Rabe T. Vitamin D and female fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014;26(3):145-50. doi: 10.1097/GCO.0000000000000065.

Leung AM, Braverman LE. Consequences of excess iodine. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(3):136-42. doi: 10.1038/nrendo.2013.251.

Leventakou V, Roumeliotaki T, Martinez D, Barros H, Brantsaeter AL, Casas M y col. Fish intake during pregnancy, fetal growth, and gestational length in 19 European birth cohort studies. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(3):506-16. doi: 10.3945/ajcn.113.067421.

- Levine MD, Cheng Y, Cluss PA, Marcus MD, Kalarchian MA. Prenatal smoking cessation intervention and gestational weight gain. *Womens Health Issues*. 2013;23(6):e389-93. doi: 10.1016/j.whi.2013.07.005.
- Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Emery RL. Psychiatric disorders and gestational weight gain among women who quit smoking during pregnancy. *J Psychosom Res*. 2014. pii: S0022-3999(14)00393-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.013.
- Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Emery RL. Psychiatric disorders and gestational weight gain among women who quit smoking during pregnancy. *J Psychosom Res*. 2015;78(5):504-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.013.
- Levy D, Jiang M, Szklo A, de Almeida LM, Autran M, Bloch M. Smoking and adverse maternal and child health outcomes in Brazil. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(11):1797-804. doi: 10.1093/ntr/ntt073.
- Lewis ED, Subhan FB, Bell RC, McCargar LJ, Curtis JM, Jacobs RL y col. Estimation of choline intake from 24 h dietary intake recalls and contribution of egg and milk consumption to intake among pregnant and lactating women in Alberta. *Br J Nutr*. 2014;112(1):112-21. doi: 10.1017/S0007114514000555.
- Ley SH, Hanley AJ, Retnakaran R, Sermer M, Zinman B, O'Connor DL. Effect of macronutrient intake during the second trimester on glucose metabolism later in pregnancy. *Am J Clin Nutr*. 2011;94(5):1232-40. doi: 10.3945/ajcn.111.018861.
- Ley SH, Hanley AJ, Sermer M, Zinman B, O'Connor DL. Lower dietary vitamin E intake during the second trimester is associated with insulin resistance and hyperglycemia later in pregnancy. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(11):1154-6. doi: 10.1038/ejcn.2013.185.
- Lherault S, Chauleur C. Alcohol and pregnancy: advantage of a screening questionnaire. *Rev Prat*. 2014;64(10):1353-8.
- Li DK, Ferber JR, Odouli R. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of obesity in offspring: a prospective cohort study. *Int J Obes (Lond)*. 2014. doi: 10.1038/ijo.2014.196.

Li Q, Xiong R, Wang L, Cui J, Shi L, Liu Y y col. Associations of dietary habits, physical activity and cognitive views with gestational diabetes mellitus among Chinese women. *Public Health Nutr.* 2014;17(8):1850-7. doi: 10.1017/S1368980013001882.

Li Y, Chen X, Chen S, Wu J, Zhuo X, Zheng Q y col. A cohort study on the impacts of pre-pregnancy maternal body mass index, gestational weight gain on neonate birth status and perinatal outcomes in Fujian province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2014;35(6):635-40.

Lim SW, Chun JK, Cho WI. Effect of pregnancy on food consumption and consciousness factors associated with food satisfaction. *Appetite.* 2008;50(2-3):519-28.

Loomans EM, Hofland L, van der Stelt O, van der Wal MF, Koot HM, Van den Bergh BR y col. Caffeine intake during pregnancy and risk of problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Pediatrics.* 2012;130(2):e305-13. doi: 10.1542/peds.2011-3361.

Louie JC, Markovic TP, Ross GP, Foote D, Brand-Miller JC. Higher glycemic load diet is associated with poorer nutrient intake in women with gestational diabetes mellitus. *Nutr Res.* 2013;33(4):259-65. doi: 10.1016/j.nutres.2013.02.008.

Loy SL, Marhazlina M, Azwany YN, Hamid Jan JM. Higher intake of fruits and vegetables in pregnancy is associated with birth size. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2011;42(5):1214-23.

Lucas C, Charlton KE, Yeatman H. Nutrition advice during pregnancy: do women receive it and can health professionals provide it? *Matern Child Health J.* 2014;18(10):2465-78. doi: 10.1007/s10995-014-1485-0.

Luhete PK, Mukuku O, Kayamba PK. Study of low birth weight associated with maternal age and parity in a population of mother and children monitored in Lubumbashi. *Pan Afr Med J.* 2015;20:246. doi: 10.11604/pamj.2015.20.246.5169. eCollection 2015.

Lundqvist A, Johansson I, Wennberg A, Hultdin J, Högberg U, Hamberg K y col. Reported dietary intake in early pregnant compared to non-pregnant women - a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:373. doi: 10.1186/s12884-014-0373-3.

- Luoto R, Kharazmi E, Saarinen NM, Smeds AI, Mäkelä S, Fallah M y col. Effect of dietary intervention on serum lignan levels in pregnant women - a controlled trial. *Reprod Health*. 2010;7:26. doi: 10.1186/1742-4755-7-26.
- Lutz C, Przytulski K. Nutrición del ciclo vital: embarazo y lactancia. En: *Nutrición y Dietoterapia*. 5ª ed. México: McGrawhill Interamericana; 2011. 187-209.
- Mackerras D, Powers J, Boorman J, Loxton D, Giles GG. Estimating the impact of mandatory fortification of bread with iodine on pregnant and post-partum women. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(12):1118-22. doi: 10.1136/jech.2009.089169.
- Mahizir D, Briffa JF, Hryciw DH, Wadley GD, Moritz KM, Wlodek ME. Maternal obesity in females born small: Pregnancy complications and offspring disease risk. *Mol Nutr Food Res*. 2015. doi: 10.1002/mnfr.201500289.
- Makrides M, Crosby DD, Bain E, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014.3;4:CD000937.doi: 10.1002/14651858.CD000937.
- Makrides M. Outcomes for mothers and their babies: Do n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids and seafoods make a difference? *Journal of the American Dietetic Association*. 2008;108(10):1622-1626.
- Mallard SR, Gray AR, Houghton LA. Periconceptional bread intakes indicate New Zealand's proposed mandatory folic acid fortification program may be outdated: results from a postpartum survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:8. doi: 10.1186/1471-2393-12-8.
- Malpeli A, Ferrari MG, Varea A, Falivene M, Etchegoyen G, Vojkovic My col. Short-term evaluation of the impact of a fortified food aid program on the micronutrient nutritional status of Argentinian pregnant women. *Biol Trace Elem Res*. 2013;155(2):176-83. doi: 10.1007/s12011-013-9780-y.
- Mamun AA, Kinarivala M, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM, Callaway LK. Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight and obesity: evidence from 21 y postpartum follow-up. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(5):1336-41. doi: 10.3945/ajcn.2009.28950.

Márquez-Beltrán MF, Vargas-Hernández JE, Quiroga-Villalobos EF, Pinzón-Villate GY. An analysis of low birth weight in Colombia, 2005-2009. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2013;15(4):577-88.

Martínez García RM, Ortega Anta RM, Bregón Fernández F. Alimentación de la madre durante y embarazo y lactancia. Riesgos Nutricionales. En: Consejería de Sanidad (ed.) *Nutrición y alimentación en promoción de la salud*. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.38-54.

Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Attendance to a health education program for pregnant women and outcomes of the newborn. *Minerva Pediatr*. 2014. 31.

Martínez-González MA, de la Fuente-Arrillaga C, López-Del-Burgo C, Vázquez-Ruiz Z, Benito S, Ruiz-Canela M. Low consumption of fruit and vegetables and risk of chronic disease: a review of the epidemiological evidence and temporal trends among Spanish graduates. *Public Health Nutr*. 2011;14(12A):2309-15. doi: 10.1017/S1368980011002564.

Masho SW, Do E, Adekoya S. Social Support and Smoking during Pregnancy. *J Womens Health Care*. 2014;3. pii: 1000179.

Maslova E, Hansen S, Strøm M, Halldorsson TI, Olsen SF. Maternal intake of vitamins A, E and K in pregnancy and child allergic disease: a longitudinal study from the Danish National Birth Cohort. *Br J Nutr*. 2014a;111(6):1096-108. doi: 10.1017/S0007114513003395.

Maslova E, Rytter D, Bech BH, Henriksen TB, Rasmussen MA, Olsen SF y col. Maternal protein intake during pregnancy and offspring overweight 20 y later. *Am J Clin Nutr*. 2014b;100(4):1139-48. doi: 10.3945/ajcn.113.082222.

Mataix Verdú J, Aranda Ramírez P. Gestación. En: Mataix Verdú J (ed). *Nutrición y Alimentación Humana*. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2009. 1061-1084.

Mateos-Vílchez PM, Aranda-Regules JM, Díaz-Alonso G, Mesa-Cruz P, Gil-Barcenilla B, Ramos-Monserrat M y col. Smoking prevalence and associated factors during pregnancy in Andalucía 2007-2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(3):369-81. doi: 10.4321/S1135-57272014000300007.

- Mattsson K, Jönsson I, Malmqvist E, Larsson HE, Rylander L. Maternal smoking during pregnancy and offspring type 1 diabetes mellitus risk: accounting for HLA haplotype. *Eur J Epidemiol*. 2015;10.
- Mattsson K, Källén K, Longnecker MP, Rignell-Hydbom A, Rylander L. Maternal smoking during pregnancy and daughters' risk of gestational diabetes and obesity. *Diabetologia*. 2013;56(8):1689-95. doi: 10.1007/s00125-013-2936-7.
- May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO y col. Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*. 2014;134(5):855-66. doi: 10.1542/peds.2013-3319.
- McArdle HJ, Gambling L, Kennedy C. Iron deficiency during pregnancy: the consequences for placental function and fetal outcome. *Proc Nutr Soc*. 2014;73(1):9-15. doi: 10.1017/S0029665113003637.
- McCarthy FP, O'Keeffe LM, Khashan AS, North RA, Poston L, McCowan LM y col. Association between maternal alcohol consumption in early pregnancy and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol*. 2013;122(4):830-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a6b226.
- McDonald SD, Park CK, Pullenayegum E, Bracken K, Sword W, McDonald H y col. Knowledge translation tool to improve pregnant women's awareness of gestational weight gain goals and risks of gaining outside recommendations: a non-randomized intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:105. doi: 10.1186/s12884-015-0534-z.
- McDonald SW, Hicks M, Rasmussen C, Nagulesapillai T, Cook J, Tough SC. Characteristics of women who consume alcohol before and after pregnancy recognition in a Canadian sample: a prospective cohort study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(12):3008-16. doi: 10.1111/acer.12579.
- McGowan CA, Walsh JM, Byrne J, Curran S, McAuliffe FM. The influence of a low glycemic index dietary intervention on maternal dietary intake, glycemic index and gestational weight gain during pregnancy: a randomized controlled trial. *Nutr J*. 2013;12(1):140. doi: 10.1186/1475-2891-12-140.



Melere C, Hoffmann JF, Nunes MA, Drehmer M, Buss C, Ozcariz SG, Soares RM y col. Healthy eating index for pregnancy: adaptation for use in pregnant women in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):20-8.

Melnik BC. Milk consumption during pregnancy increases birth weight, a risk factor for the development of diseases of civilization. *J Transl Med* 2015;13(1):13.

Melzer K, Schutz Y. Pre-pregnancy and pregnancy predictors of obesity. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34 Suppl 2:S44-52. doi: 10.1038/ijo.2010.239.

Mena MC. El hábito de fumar como condicionante del estado nutricional en población femenina. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2003.

Menon KC, Ferguson EL, Thomson CD, Gray AR, Zodpey S, Saraf A y col. Iron status of pregnant Indian women from an area of active iron supplementation. *Nutrition*. 2014;30(3):291-6. doi: 10.1016/j.nut.2013.08.015.

Metgud CS, Naik VA, Mallapur MD. Factors affecting birth weight of a newborn--a community based study in rural Karnataka, India. *PLoS One*. 2012;7(7):e40040. doi: 10.1371/journal.pone.0040040.

Metz J. Haematological implications of folate food fortification. *S Afr Med J*. 2013;103(12 Suppl 1):978-81. doi: 10.7196/samj.7022.

Meyer-Rochow VB. Food taboos: their origins and purposes. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2009;5:18. doi: 10.1186/1746-4269-5-18.

Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr*. 2012;108(11):2093-9. doi: 10.1017/S0007114512000256.

Mikkelsen TB, Osler M, Orozova-Bekkevold I, Knudsen VK, Olsen SF. Association between fruit and vegetable consumption and birth weight: a prospective study among 43,585 Danish women. *Scand J Public Health*. 2006;34(6):616-22.

Miles EA, Calder PC. Maternal diet and its influence on the development of allergic disease. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(1):63-74. doi: 10.1111/cea.12453.

- Milnerowicz-Nabzdyk E, Bizoń A. Effect of cigarette smoking on vascular flows in pregnancies complicated by intrauterine growth restriction. *Reprod Toxicol*. 2014;50:27-35. doi: 10.1016/j.reprotox.2014.10.002.
- Mioranza S, Nunes F, Marques DM, Fioreze GT, Rocha AS, Botton PH y col. Prenatal caffeine intake differently affects synaptic proteins during fetal brain development. *Int J Dev Neurosci*. 2014;36:45-52. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2014.04.006.
- Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:79. doi: 10.1186/1471-2393-14-79.
- Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Dietary vitamin D intake and prevalence of depressive symptoms during pregnancy in Japan. *Nutrition*. 2015;31(1):160-5. doi: 10.1016/j.nut.2014.06.013.
- Monteagudo C, Mariscal-Arcas M, Palacin A, Lopez M, Lorenzo ML, Olea-Serrano F. Estimation of dietary folic acid intake in three generations of females in Southern Spain. *Appetite*. 2013;67:114-8. doi: 10.1016/j.appet.2013.04.004.
- Moran LJ, Sui Z, Cramp CS, Dodd JM. A decrease in diet quality occurs during pregnancy in overweight and obese women which is maintained post-partum. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37(5):704-11. doi: 10.1038/ijo.2012.129.
- Moreno-Reyes R, Van Oyen H, Vandevijvere S. Optimization of iodine intake in Belgium. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2011;72(2):158-61. doi: 10.1016/j.ando.2011.03.021.
- Morgan S, Koren G, Bozzo P. Is caffeine consumption safe during pregnancy? *Can Fam Physician*. 2013;59(4):361-2.
- Mund M, Louwen F, Klingelhofer D, Gerber A. Smoking and pregnancy--a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(12):6485-99. doi: 10.3390/ijerph10126485.
- Murakami K, Turale S, Skirton H, Doris F, Tsujino K, Ito M y col. Experiences regarding maternal age-specific risks and prenatal testing of women of advanced maternal age in Japan. *Nurs Health Sci*. 2015. doi: 10.1111/nhs.12209.

Murphy MM, Stettler N, Smith KM, Reiss R. Associations of consumption of fruits and vegetables during pregnancy with infant birth weight or small for gestational age births: a systematic review of the literature. *Int J Womens Health*. 2014;6:899-912. doi: 10.2147/IJWH.S67130. eCollection 2014.

Murrin C, Fallon UB, Hannon F, Nolan G, O'Mahony D, Crowley D y col. Dietary habits of pregnant women in Ireland. *Ir Med J*. 2007;100(8):suppl 12-5.

Murrin C, Shrivastava A, Kelleher CC; Lifeways Cross-generation Cohort Study Steering Group. Maternal macronutrient intake during pregnancy and 5 years postpartum and associations with child weightstatus aged five. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(6):670-9. doi: 10.1038/ejcn.2013.76.

Naem NE, El-Sayed NM, Nossier SA, Abu Zeid AA. Zinc status and dietary intake of pregnant women, Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2014;89(1):35-41. doi: 10.1097/01.EPX.0000443987.44261.9b.

Nan Li, Enqing Liu , Jia Guo, Lei Pan,Baojuan Li, Ping Wang y col. El índice de masa corporal materno antes del embarazo y el aumento de peso gestacional sobre los resultados del embarazo. *PLoS One*. 2013; 8(12):e82310. doi: 10.1371 / journal.pone.0082310.

Navarrete-Muñoz EM, Giménez Monzó D, García de La Hera M, Climent MD, Rebagliato M, Murcia M y col. Folic acid intake from diet and supplements in a population of pregnant women in Valencia, Spain. *Med Clin (Barc)*. 2010 ;135(14):637-43. doi: 10.1016/j.medcli.2010.03.033.

Nazari M, Zainiyah SY, Lye MS, Zalilah MS, Heidarzadeh M. Comparison of maternal characteristics in low birth weight and normal birth weight infants. *East Mediterr Health J*. 2013;19(9):775-81.

Nechanská B, Mravčík V, Sopko B, Velebil P. Pregnant women and mothers using alcohol, tobacco and illegal drugs. *Ceska Gynekol*. 2012;77(5):457-69.

Nguyen VQ, Goto A, Nguyen TV, Vo KT, Ta TM, Nguyen TN y col. Prevalence and correlates of zinc deficiency in pregnant Vietnamese women in Ho Chi Minh City. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013;22(4):614-9. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.4.05.

- Nilsen RM, Vollset SE, Monsen AL, Ulvik A, Haugen M, Meltzer HM y col. Infant birth size is not associated with maternal intake and status of folate during the second trimester in Norwegian pregnant women. *J Nutr.* 2010;140(3):572-9. doi: 10.3945/jn.109.118158.
- Nisar YB, Dibley MJ, Mir AM. Factors associated with non-use of antenatal iron and folic acid supplements among Pakistani women: a cross sectional household survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:305. doi: 10.1186/1471-2393-14-305.
- Nitert MD, Foxcroft KF, Lust K, Fagermo N, Lawlor DA, O'Callaghan M y col. Overweight and obesity knowledge prior to pregnancy: a survey study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:96. doi: 10.1186/1471-2393-11-96.
- Nohr EA, Olsen J, Bech BH, Bodnar LM, Olsen SF, Catov JM. Periconceptional intake of vitamins and fetal death: a cohort study on multivitamins and folate. *Int J Epidemiol.* 2014;43(1):174-84. doi: 10.1093/ije/dyt214.
- Nomura RM, Paiva LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib M. Influence of maternal nutritional status, weight gain and energy intake on fetal growth in high-risk pregnancies. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(3):107-12.
- Norsa'adah B, Salinah O. The Effect of Second-Hand Smoke Exposure during Pregnancy on the Newborn Weight in Malaysia. *Malays J Med Sci.* 2014;21(2):44-53.
- Northstone K, Emmett P, Rogers I. Dietary patterns in pregnancy and associations with socio-demographic and lifestyle factors. *Eur J Clin Nutr.* 2008;62(4):471-9.
- Nyaruhucha CN. Food cravings, aversions and pica among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzan J Health Res.* 2009;11(1):29-34.
- Nykjaer C, Alwan NA, Greenwood DC, Simpson NA, Hay AW, White KL y col. Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(6):542-9. doi: 10.1136/jech-2013-202934.
- Obeid R, Koletzko B, Pietrzik K. Critical evaluation of lowering the recommended dietary intake of folate. *Clin Nutr.* 2014;33(2):252-9. doi: 10.1016/j.clnu.2013.12.013.

Obeid R, Koletzko B, Pietrzik K. The unresolved debate on lowering the recommended dietary intake for folate. *Clin Nutr.* 2014a;33(4):731-2. doi: 10.1016/j.clnu.2014.04.018.

O'Brien JW, Hill SY. Effects of prenatal alcohol and cigarette exposure on offspring substance use in multiplex, alcohol-dependent families. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014;38(12):2952-61. doi: 10.1111/acer.12569.

O'Higgins AC, Doolan A, Mullaney L, Daly N, McCartney D, Turner MJ. The relationship between gestational weight gain and fetal growth: time to take stock? *J Perinat Med.* 2014;42(4):409-15. doi: 10.1515/jpm-2013-0209.

Okubo H, Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Maternal total caffeine intake, mainly from Japanese and Chinese tea, during pregnancy was associated with risk of preterm birth: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Nutr Res.* 2015;35(4):309-16. doi: 10.1016/j.nutres.2015.02.009.

Olagbuji BN, Olofinbiyi BA, Akintayo AA, Aduloju OP, Ade-Ojo PI. Maternal perspectives on gestational weight gain: Critical information on developing weight control interventions. *Niger Med J.* 2015;56(2):96-102. doi: 10.4103/0300-1652.150689.

Olander EK, Atkinson L, Edmunds JK, French DP. Promoting healthy eating in pregnancy: what kind of support services do women say they want? *Prim Health Care Res Dev.* 2012;13(3):237-43. doi: 10.1017/S1463423611000636.

O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C. The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG.* 2009;116(3):390-400. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02058.x.

Oliveira OR, Santana MG, Santos FS, Conceição FD, Sardinha FL, Veiga GV y col. Composition of fatty acids in the maternal and umbilical cord plasma of adolescent and adult mothers: relationship with anthropometric parameters of newborn. *Lipids Health Dis.* 2012;11:157. doi: 10.1186/1476-511X-11-157.

Oliver EM, Grimshaw KE, Schoemaker AA, Keil T, McBride D, Sprickelman AB y col. Dietary habits and supplement use in relation to national pregnancy recommendations: data from the EuroPrevall birth cohort. *Matern Child Health J.* 2014;18(10):2408-25. doi: 10.1007/s10995-014-1480-5.

- Olsen SF, Halldorsson T, Willett WC, Knudsen VK, Gillman MW, Mikkelsen TB y col. Milk consumption during pregnancy is associated with increased infant size at birth: prospective cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(4):1104-10.
- Olson CM. Achieving a healthy weight gain during pregnancy. *Annu Rev Nutr.* 2008;28:411-23. doi: 10.1146/annurev.nutr.28.061807.155322.
- O'Neill JL, Keaveney EM, O'Connor N, Cox M, Regan A, Shannon E y col. Are women in early pregnancy following the national pyramid recommendations? *Ir Med J.* 2011;104(9):270-2.
- Ordinioha B, Brisibe S. Alcohol consumption among pregnant women attending the ante-natal clinic of a tertiary hospital in South-South Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2015;18(1):13-7. doi: 10.4103/1119-3077.146966.
- Orloff NC, Hormes J.M. Encurtidos y helados!. Los antojos de comida en el embarazo: hipótesis, la evidencia preliminar, y las direcciones para la investigación futura *Psychol frontal.* 2014; 5: 1076. Publicado en Internet el 23 de septiembre 2014 . prepublicada en línea 06 de agosto 2014 doi: 10.3389 / fpsyg.2014.01076 PMID: PMC4172095
- Ortega RM, González-Rodríguez LG, Villalobos TK, Perea JM. Fuentes alimentarias y adecuación de la ingesta de ácidos grasos omega-3 y omega-6 en una muestra representativa de adultos españoles. *Nutr Hosp.* 2013;28(6):2236-2245.
- Ortega RM, Jiménez AI, Perea JM. Desequilibrios nutricionales en la dieta media española; barreras en la mejora. *Nutr Hosp.* 2014; 30 (supl. 2): 29-35.
- Ortega RM, López-Sobaler AM, Andrés P, Requejo AM, Aparicio A, Molinero L. Programa DIAL para valoración de dietas y cálculos de alimentación (para Windows, versión 3.0.0.5). Departamento de Nutrición (UCM) y Alce Ingeniería, S.A. Madrid, España. 2013c. Disponible en: <http://www.alceingenieria.net/nutricion.htm>.
- Ortega RM, López-Sobaler AM, Aparicio A. Ingestas diarias recomendadas de energía y nutrientes para la población española. Departamento de Nutrición, Universidad Complutense de Madrid. 2014b.
- Ortega RM, López-Sobaler AM, Aparicio A, Rodríguez-Rodríguez E, González-Rodríguez L, Perea J, Navia B. Objetivos nutricionales para la población española.

Departamento de Nutrición, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid. 2012b.

Ortega RM, López-Sobaler AM, Requejo AM, Andrés P. La composición de los alimentos. Herramienta básica para la valoración nutricional. En: RM. Ortega, AM. López-Sobaler, AM. Requejo, P. Andrés (Eds.). Madrid. (2010a). Ed. Complutense.

Ortega RM, Povea FI. Estudio dietético. En: AM. Requejo y RM. Ortega (Eds.). Nutriguía Manual de Nutrición Clínica en Atención Primaria. Madrid: Ed. Complutense. 2009: 335-345. Ortega RM, Requejo A, López-Sobaler AM. Ingestas Diarias Recomendadas de Energía y Nutrientes para la Población Española. Departamento de Nutrición, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid. 2014.

Ortega RM. Problemas nutricionales actuales. Causas y consecuencias. En: RM Ortega, AM Requejo y RM Martínez (Eds.), Nutrición y Alimentación en la promoción de la salud pp. 8-20). Madrid: IMP Comunicación. 2007.

Ortega RM, Quintas E, Sánchez B, Andrés P, Requejo A, Encinas A. Infravaloración de la ingesta energética en un colectivo de jóvenes universitarias de Madrid. Rev Clin Esp. 1997;197(8):545-549.

Ortega RM, Requejo AM, Andrés P, López-Sobaler AM, Redondo R, González-Fernández M. Relationship between diet composition and body mass index in a group of Spanish adolescents. Br J Nutr. 1995;74:765-73.

Ortiz-Andrellucchi A, Sánchez-Villegas A, Ramírez-García O, Serra-Majem L. Evaluación de la calidad nutricional de las mujeres embarazadas sanas de las Islas Canarias, España. Med Clin (Barc) 2009; 133 (16): 615-21. doi: 10.1016 / j.medcli.2009.06.012.

Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. Cochrane Database Syst Rev. 2015 2;6:CD000032.

Ota E, Tobe-Gai R, Mori R, Farrar D. Antenatal dietary advice and supplementation to increase energy and protein intake. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD000032. doi: 10.1002/14651858.CD000032.

Ozias MK, Kerling EH, Christifano DN, Scholtz SA, Colombo J, Carlson SE. Typical prenatal vitamin D supplement intake does not prevent decrease of plasma 25-hydroxyvitamin D at birth. *J Am Coll Nutr.* 2014;33(5):394-9. doi: 10.1080/07315724.2013.879843.

Parisi F, Laoreti A, Cetin I. Multiple micronutrient needs in pregnancy in industrialized countries. *Ann Nutr Metab.* 2014;65(1):13-21. doi: 10.1159/000365794.

Parrott MS, Bodnar LM, Shiman HN, Harger G y Roberts JM. El consumo de cereales materna y la adecuación de la ingesta de micronutrientes en el período periconcepcional. *Nutr Salud Pública.* 2009; 12 (8): 1276-1283. doi: 10.1017 / S1368980008003881.

Paterson JM, Neimanis IM, Bain E. Stopping smoking during pregnancy: are we on the right track? *Can J Public Health.* 2003;94(4):297-9.

Patil CL, Abrams ET, Steinmetz AR, Young SL. Appetite sensations and nausea and vomiting in pregnancy: an overview of the explanations. *Ecol Food Nutr.* 2012; 51(5):394-417. doi: 10.1080/03670244.2012.696010.

Patil CL, Young SL. Biocultural considerations of food cravings and aversions: an introduction. *Ecol Food Nutr.* 2012;51(5):365-73. doi: 10.1080/03670244.2012.696007.

Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2011;118(12):1411-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x.

Paul KH , Graham ML , Olson CM. La red de factores de riesgo para la gestación excesivo peso de ganancia en las mujeres de bajos ingresos. *Matern Child Health J.* 2013;17(2):344-51. doi: 10.1007 / s10995-012-0979-x.

Payne JM, Watkins RE, Jones HM, Reibel T, Mutch R, Wilkins A y col. Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):377. doi: 10.1186/s12884-014-0377-z.

Pearce EN, Andersson M, Zimmermann MB. Global iodine nutrition: Where do we stand in 2013? *Thyroid.* 2013;23(5):523-8. doi: 10.1089/thy.2013.0128.



Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD004736. doi: 10.1002/14651858.CD004736.

Perea JM, Peñas-Ruiz C, Navia B, Aparicio A, Villalobos TK, Ortega RM. The effects of physical activity on dietary habits in young adults from Madrid. *Int J Vitam Nutr Res.* 2012;82(6):405-411.

Pérez-Ferre N, Fernández D, Torrejón MJ, Del Prado N, Runkle I, Rubio MA y col. Effect of lifestyle on the risk of gestational diabetes and obstetric outcomes in immigrant Hispanic women living in Spain. *J Diabetes.* 2012;4(4):432-8. doi: 10.1111/j.1753-0407.2012.00221.x.

Perrine CG, Herrick K, Serdula MK, Sullivan KM. Some subgroups of reproductive age women in the United States may be at risk for iodine deficiency. *J Nutr.* 2010;140(8):1489-94. doi: 10.3945/jn.109.120147.

Perry CA, West AA, Gayle A, Lucas LK , Yan J , Jiang X y col. Embarazo y lactancia alteran biomarcadores del metabolismo de la biotina en mujeres que consumen una dieta controlada. *J Nutr.* 2014;144 (12):1977-1984. doi: 10.3945 / jn.114.194472.

Perveen S. Frequency and impact of hypertensive disorders of pregnancy. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2014;26(4):518-21.

Petrella E, Malavolti M, Bertarini V, Pignatti L, Neri I, Battistini NC y col. Gestational weight gain in overweight and obese women enrolled in a healthy lifestyle and eating habits program. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(13):1348-52. doi: 10.3109/14767058.2013.858318.

Pfinder M, Kunst AE, Feldmann R, van Eijsden M, Vrijkotte TG. Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: stronger associations among vulnerable women? Results from two large Western-European studies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:49. doi: 10.1186/1471-2393-13-49.

Pinheiro J, Seabra D. Changes of food habits during pregnancy and breast-feeding. *Acta Med Port.* 2008;21(2):149-60.

- Ponce J, Martínez B, Fernández A, Ponce M, Bastida G, Plá E y col. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008;20(1):56-61.
- Popoola DO, Borrow AP, Sanders JE, Nizhnikov ME, Cameron NM. Can low-level ethanol exposure during pregnancy influence maternal care? An investigation using two strains of rat across two generations. *Physiol Behav*. 2015. pii: S0031-9384(15)00003-7. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.01.001.
- Porteous HE, Palmer MA, Wilkinson SA. Informing maternity service development by surveying new mothers about preferences for nutrition education during their pregnancy in an area of social disadvantage. *Women Birth*. 2014;27(3):196-201. doi: 10.1016/j.wombi.2014.04.001.
- Poston L. Gestational weight gain: influences on the long-term health of the child. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012;15(3):252-7. doi: 10.1097/MCO.0b013e3283527cf2.
- Poston L. Healthy eating in pregnancy. *BMJ*. 2014;348:g1739. doi: 10.1136/bmj.g1739.
- Potdar RD, Sahariah SA, Gandhi M, Kehoe SH, Brown N, Sane H y col. Improving women's diet quality preconceptionally and during gestation: effects on birth weight and prevalence of low birth weight--a randomized controlled efficacy trial in India (Mumbai Maternal Nutrition Project). *Am J Clin Nutr*. 2014;100(5):1257-68. doi: 10.3945/ajcn.114.084921.
- Prevention of congenital malformations and other adverse pregnancy outcomes with 4.0 mg of folic acid: community-based randomized clinical trial in Italy and the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:166. doi: 10.1186/1471-2393-14-166.
- Procter SB, Campbell CG. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(7):1099-103. doi: 10.1016/j.jand.2014.05.005.
- Quintas Herrero E. Nutrición en gestación y lactancia. En: Editorial Complutense (ed.) *Nutriguía Manual de nutrición clínica en atención primaria*. Madrid: Editorial Complutense; 2000. 61.

- Rai D, Bird JK, McBurney MI, Chapman-Novakofski KM. Nutritional status as assessed by nutrient intakes and biomarkers among women of childbearing age - is the burden of nutrient inadequacies growing in America? *Public Health Nutr.* 2014;13:1-12.
- Ramakrishnan U, Grant F, Goldenberg T, Zongrone A, Martorell R. Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26 Suppl 1:285-301. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01281.x.
- Ramakrishnan U, Grant FK, Goldenberg T, Bui V, Imdad A, Bhutta ZA. Effect of multiple micronutrient supplementation on pregnancy and infant outcomes: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012b;26 Suppl 1:153-67. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01276.x.
- Ramón R, Ballester F, Iñiguez C, Rebagliato M, Murcia M, Esplugues A y col. Vegetable but not fruit intake during pregnancy is associated with newborn anthropometric measures. *J Nutr.* 2009;139(3):561-7. doi: 10.3945/jn.108.095596.
- Rasmussen MA, Maslova E, Halldorsson TI, Olsen SF. Characterization of dietary patterns in the Danish national birth cohort in relation to preterm birth. *PLoS One.* 2014;9(4):e93644. doi: 10.1371/journal.pone.0093644. eCollection 2014.
- Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(3):385-400, viii. doi: 10.1016/j.ogc.2008.05.001.
- Rayman MP, Searle E, Kelly L, Johnsen S, Bodman-Smith K, Bath SC y col. Effect of selenium on markers of risk of pre-eclampsia in UK pregnant women: a randomised, controlled pilot trial. *Br J Nutr.* 2014;112(1):99-111. doi: 10.1017/S0007114514000531.
- Raymond N, Beer C, Glazebrook C, Sayal K. Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health.* 2009;9:175. doi: 10.1186/1471-2458-9-175.
- Requejo Marcos AM. Alimentación durante el embarazo. En: *Manual de formación: Nutrición.* Madrid: SIC; 2002. 263-278.
- Reyes NR, Klotz AA, Herring SJ. A qualitative study of motivators and barriers to healthy eating in pregnancy for low-income, overweight, African-American mothers. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113(9):1175-81. doi: 10.1016/j.jand.2013.05.014.

- Rezaei Z, Ahmadi FS, Niroomanesh S, Ejtemaee Mehr S, Davari Tanha F, Aminian A y col. Performance of pregnant women on folic acid intake. *Acta Med Iran*. 2013;51(10):697-700.
- Rhee J, Kim R, Kim Y, Tam M, Lai Y, Keum N. Maternal Caffeine Consumption during Pregnancy and Risk of Low Birth Weight: A Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132334. doi: 10.1371/journal.pone.0132334. eCollection 2015.
- Ribot B, Aranda N, Giralt M, Romeu M, Balaguer A, Arija V. Effect of different doses of iron supplementation during pregnancy on maternal and infant health. *Ann Hematol*. 2013;92(2):221-9. doi: 10.1007/s00277-012-1578-z.
- Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Oken E, Gillman MW. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: a US cohort. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(6):1004-11. doi: 10.1016/j.jada.2009.03.001.
- Ritchie LD, Whaley SE, Spector P, Gomez J, Crawford PB. Favorable impact of nutrition education on California WIC families. *J Nutr Educ Behav*. 2010;42(3 Suppl):S2-10. doi: 10.1016/j.jneb.2010.02.014.
- Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I y col. Core state preconception health indicators - pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(3):1-62.
- Roberts SC, Wilsnack SC, Foster DG, Delucchi KL. Alcohol use before and during unwanted pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(11):2844-52. doi: 10.1111/acer.12544.
- Rode L, Hegaard HK, Kjaergaard H, Møller LF, Tabor A, Ottesen B. Association between maternal weight gain and birth weight. *Obstet Gynecol*. 2007;109(6):1309-15.
- Rodríguez-Bernal CL, Ramón R, Quiles J, Murcia M, Navarrete-Muñoz EM, Vioque J y col. Dietary intake in pregnant women in a Spanish Mediterranean area: as good as it is supposed to be? *Public Health Nutr*. 2013;16(8):1379-89. doi: 10.1017/S1368980012003643.

Rolfes SR, Pinna K, Ph. D EW. Life Cycle Nutrition: Pregnancy and Lactation. En: Feldman E (ed). Understanding Normal and Clinical Nutrition. 9ª ed. Australia: Wadsworth, Cengage Learning; 2012. 457-492.

Roohani N, Hurrell R, Kelishadi R, Schulin R. Zinc and its importance for human health: An integrative review. *J Res Med Sci.* 2013;18(2):144-57.

Rua Ede A, Porto ML, Ramos JP, Nogueira BV, Meyrelles SS, Vasquez EC y col. Effects of tobacco smoking during pregnancy on oxidative stress in the umbilical cord and mononuclear blood cells of neonates. *J Biomed Sci.* 2014;21(1):105. doi: 10.1186/s12929-014-0105-z.

Ruifrok AE, van Poppel MN, van Wely M, Rogozińska E, Khan KS, de Groot CJ y col. Association between weight gain during pregnancy and pregnancy outcomes after dietary and lifestyle interventions: a meta-analysis. *Am J Perinatol.* 2014;31(5):353-64. doi: 10.1055/s-0033-1352484.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26 Suppl 1:55-74. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01277.x.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD004069.

Rush EC, Katre P, Yajnik CS. Vitamin B12: one carbon metabolism, fetal growth and programming for chronic disease. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(1):2-7. doi: 10.1038/ejcn.2013.232.

Rydell M, Magnusson C, Cnattingius S, Granath F, Svensson AC, Galanti MR. Exposure to maternal smoking during pregnancy as a risk factor for tobacco use in adult offspring. *Am J Epidemiol.* 2014;179(12):1409-17. doi: 10.1093/aje/kwu074.

Salehi-Pourmehr H, Mohamad-Alizadeh S, Malakouti J, Farshbaf-Khalili A. Association of the folic acid consumption and its serum levels with preeclampsia in pregnant women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(6):461-6.

Salihu HM, Pradhan A, King L, Paothong A, Nwoga C, Marty PJ y col. Impact of intrauterine tobacco exposure on fetal telomere length. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2):205.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.08.026.

- Sámano RS, Martínez EG, Pérez IR, Miranda GS, Polis JM, Courtois ML. The socio-cultural and eating aspects of women experiencing risk pregnancies. *Cien Saude Colet*. 2014;19(5):1419-28.
- Santiago SE, Park GH, Huffman KJ. Consumption habits of pregnant women and implications for developmental biology: a survey of predominantly Hispanic women in California. *Nutr J*. 2013;12:91. doi: 10.1186/1475-2891-12-91.
- Sato AP, Fujimori E, Szarfarc SC, Borges AL, Tsunechiro MA. Food consumption and iron intake of pregnant and reproductive aged women. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(2):247-54.
- Sato AP, Fujimori E. Nutritional status and weight gain in pregnant women. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):462-8.
- Sato Y, Nakanishi T, Chiba T, Yokotani K, Ishinaga KH, Umegaki K. Prevalence of inappropriate dietary supplement use among pregnant women in Japan. Takimoto H, Itoh Asia Pac J Clin Nutr. 2013;22(1):83-9. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.1.08.
- Schjoldager JG, Paidi MD, Lindblad MM, Birck MM, Kjærgaard AB, Dantzer V y col. Maternal vitamin C deficiency during pregnancy results in transient fetal and placental growth retardation in guinea pigs. *Eur J Nutr*. 2014.
- Schoenaker DA, Soedamah-Muthu SS, Mishra GD. The association between dietary factors and gestational hypertension and pre-eclampsia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PaediatBMC Med*. 2014;12:157. doi: 10.1186/s12916-014-0157-7.
- Sengpiel V, Elind E, Bacelis J, Nilsson S, Grove J, Myhre R y col. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. *BMC Med*. 2013;11:42. doi: 10.1186/1741-7015-11-42.
- Sharif S, Farasat T, Shoaib H, Saqib M, Fazal S. Vitamin D levels among pregnant and lactating women. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(12):862-5. doi: 12.2013/JCPSP.862865.
- Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroiacovo P y col. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six

European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(2):77-87.

Shiraishi M, Haruna M, Matsuzaki M, Ota E, Murayama R, Sasaki S y col. Relationship between plasma total homocysteine level and dietary caffeine and vitamin B6 intakes in pregnant women. *Nurs Health Sci*. 2014;16(2):164-70. doi: 10.1111/nhs.12080.

Shisler S, Homish GG, Molnar DS, Schuetze P, Colder CR, Eiden RD. Predictors of changes in smoking from 3rd trimester to 9 months postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2015. pii: ntv057.

Shub A, Huning EY, Campbell KJ, McCarthy EA. Pregnant women's knowledge of weight, weight gain, complications of obesity and weight management strategies in pregnancy. *BMC Res Notes*. 2013;6:278. doi: 10.1186/1756-0500-6-278.

Simas TA, Waring ME, Liao X, Garrison A, Sullivan GM, Howard AE y col. Prepregnancy weight, gestational weight gain, and risk of growth affected neonates. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(4):410-7. doi: 10.1089/jwh.2011.2810

Singh M, Pathak MS, Paul A. A study on atherogenic indices of pregnancy induced hypertens on patients as compare to normal pregnant women. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(7). doi: 10.7860/JCDR/2015/13505.6241.

Sinikovic DS, Yeatman HR, Cameron D, Meyer BJ. Women's awareness of the importance of long-chain omega-3 polyunsaturated fatty acid consumption during pregnancy: knowledge of risks, benefits and information accessibility. *Public Health Nutr*. 2009;12(4):562-9. doi: 10.1017/S1368980008002425.

Sizer FS, Whitney E. *Life Cycle Nutrition: Mother and Infant*. En Sizer FS (ed). *Nutrition Concepts and Controversies*. 13ª ed. Australia: Wadsworth Cengage Learning; 2014. 510-552.

Skerrett PJ, Willett WC. Essentials of healthy eating: a guide. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(6):492-501. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.06.019.

Skouteris H, Hartley-Clark L, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Herring SJ y col. Preventing excessive gestational weight gain: a systematic review of interventions. *Obes Rev*. 2010;11(11):757-68. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00806.x.

- Skreden M, Bere E, Sagedal LR, Vistad I, Overby NC. Changes in beverage consumption from pre-pregnancy to early pregnancy in the Norwegian Fit for Delivery study. *Public Health Nutr.* 2014;15:1-10.
- Smedts HP, Rakhshandehroo M, Verkleij-Hagoort AC, de Vries JH, Ottenkamp J, Steegers EA y col. Maternal intake of fat, riboflavin and nicotinamide and the risk of having offspring with congenital heart defects. *Eur J Nutr.* 2008;47(7):357-65. doi: 10.1007/s00394-008-0735-6.
- Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey. *Midwifery.* 2014;30(12):1173-8. doi: 10.1016/j.midw.2014.04.002.
- Snook Parrott M, Bodnar LM, Simhan HN, Harger G, Markovic N, Roberts JM. Maternal cereal consumption and adequacy of micronutrient intake in the periconceptional period. *Public Health Nutr.* 2009;12(8):1276-83. doi: 10.1017/S1368980008003881.
- Song WO, Chun OK, Kerver J, Cho S, Chung CE, Chung SJ. Ready-to-eat breakfast cereal consumption enhances milk and calcium intake in the US population. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(11):1783-9.
- Sontrop J, Avison WR, Evers SE, Speechley KN, Campbell MK. Depressive symptoms during pregnancy in relation to fish consumption and intake of n-3 polyunsaturated fatty acids. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008;22(4):389-99. doi: 10.1111/j.1365-3016.2008.00941.x.
- Sontrop JM, Campbell MK, Evers SE, Speechley KN, Avison WR. Fish consumption among pregnant women in London, Ontario: associations with socio-demographic and health and lifestyle factors. *Can J Public Health.* 2007;98(5):389-94.
- Souza AC, Souza A, Medeiros LF, De Oliveira C, Scarabelot VL, Da Silva RS y col. Maternal caffeine exposure alters neuromotor development and hippocampus acetylcholinesterase activity in rat offspring. *Brain Res.* 2015;1595:10-8. doi: 10.1016/j.brainres.2014.10.039.
- Stamm RA, Houghton LA. Nutrient intake values for folate during pregnancy and lactation vary widely around the world. *Nutrients.* 2013;5(10):3920-47. doi: 10.3390/nu5103920.



Steinmetz AR, Abrams ET, Young SL. Patterns of nausea, vomiting, aversions, and cravings during pregnancy on Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *Ecol Food Nutr*. 2012;51(5):418-30. doi: 10.1080/03670244.2012.696011.

Stengel MR, Kraschnewski JL, Hwang SW, Kjerulff KH, Chuang CH. "What my doctor didn't tell me": examining health care provider advice to overweight and obese pregnant women on gestational weight gain and physical activity. *Womens Health Issues*. 2012;22(6):535-40. doi: 10.1016/j.whi.2012.09.004.

Stephens TV, Payne M, Ball RO, Pencharz PB, Elango R. Protein requirements of healthy pregnant women during early and late gestation are higher than current recommendations. *J Nutr*. 2015;145(1):73-8. doi: 10.3945/jn.114.198622.

Stephens TV, Woo H, Innis SM, Elango R. Healthy pregnant women in Canada are consuming more dietary protein at 16- and 36-week gestation than currently recommended by the Dietary Reference Intakes, primarily from dairy food sources. *Nutr Res*. 2014;34(7):569-76. doi: 10.1016/j.nutres.2014.07.001.

Stone WL, Bailey B, Khraisha N. The pathophysiology of smoking during pregnancy: a systems biology approach. *Front Biosci (Elite Ed)*. 2014;6:318-28.

Strain J. Eating fish for two. *Nutr Bull*. 2014;39(2):181-186. *BMC Embarazo Parto*. 2014; 14: 111.

Subcommitte on nutritional status and weight gain during pregnancy. Food and Nutrition Board. National Academy of Sciences. 1990. Washington DC: National Academy Press.

Suliga E. Nutritional behaviours of pregnant women. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2011;17(2):76-81.

Sun R, Liu M, Lu L, Zheng Y, Zhang P. Congenital Heart Disease: Causes, Diagnosis, Symptoms, and Treatments. *Cell Biochem Biophys*. 2015.

Sunawang, Utomo B, Hidayat A, Kusharisupeni, Subarkah. Preventing low birthweight through maternal multiple micronutrient supplementation: a cluster-randomized, controlled trial in Indramayu, West Java. *Food Nutr Bull*. 2009;30(4 Suppl):S488-95.

- Takimoto H, Mitsuishi C, Kato N. Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2011;20(2):212-9.
- Talati A, Bao Y, Kaufman J, Shen L, Schaefer CA, Brown AS. Maternal smoking during pregnancy and bipolar disorder in offspring. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1178-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121500.
- Tanha FD, Mohseni M, Ghajarzadeh M, Shariat M. The effects of healthy diet in pregnancy. *J Family Reprod Health*. 2013;7(3):121-5.
- Taruscio D, Carbone P, Granata O, Baldi F, Mantovani A. Folic acid and primary prevention of birth defects. *Biofactors*. 2011;37(4):280-4. doi: 10.1002/biof.175.
- Thacher JD, Gruzieva O, Pershagen G, Neuman Å, Wickman M, Kull I y col. Pre- and postnatal exposure to parental smoking and allergic disease through adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(3):428-34. doi: 10.1542/peds.2014-0427.
- Thaller R, Tammaro F, Pentimalli H. Risk factors for toxoplasmosis in pregnant women in central Italy. *Infez Med*. 2011;19(4):241-7.
- Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW y col. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ*. 2012;344:e2088. doi: 10.1136/bmj.e2088.
- Theobald HE. Eating for pregnancy and breast-feeding. *J Fam Health Care*. 2007;17(2):45-9.
- Thompson JL, Manore MM, Vaughan LA. Nutrición. En: Pearson Education S.A (ed). *La nutrición en el ciclo vital. Embarazo y primer año de vida*. Pearson Educación S.A; 2008. 698-753.
- Thompson JM, Wall C, Becroft DM, Robinson E, Wild CJ, Mitchell EA. Maternal dietary patterns during pregnancy and the association with small for gestational age babies. *British Journal of Nutrition*. 2009; 103:1665-1673.
- Thompson MW, Nassar N, Robertson M, Shand AW. Pregnant women's knowledge of obesity and ideal weight gain in pregnancy, and health behaviours of pregnantwomen and their partners. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011;51(5):460-3. doi: 10.1111/j.1479-828X.2011.01328.x.

Tiesler CM, Heinrich J. Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(10):913-29. doi: 10.1007/s00787-014-0615-y.

Timmermans S, Steegers-Theunissen RP, Vujkovic M, den Breeijen H, Russcher H, Lindemans J y col. The Mediterranean diet and fetal size parameters: the Generation R Study. *Br J Nutr*. 2012;108(8):1399-409. doi: 10.1017/S000711451100691X.

Tobias DK, Zhang C, Chavarro J, Bowers K, Rich-Edwards J, Rosner B y col. Prepregnancy adherence to dietary patterns and lower risk of gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr*. 2012;96(2):289-95. doi: 10.3945/ajcn.111.028266.

Tong VT, Althabe F, Alemán A, Johnson CC, Dietz PM, Berrueta M y col. Accuracy of self-reported smoking cessation during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(1):106-11. doi: 10.1111/aogs.12532.

Torres-Sánchez L, López-Carrillo L, Blanco-Muñoz J, Chen J. Maternal dietary intake of folate, vitamin B12 and MTHFR 677C>T genotype: their impact on newborn's anthropometric parameters. *Genes Nutr*. 2014;9(5):429. doi: 10.1007/s12263-014-0429-z.

Tran DT, Roberts CL, Jorm LR, Seeho S, Havard A. Change in smoking status during two consecutive pregnancies: a population-based cohort study. *BJOG*. 2014;121(13):1611-20. doi: 10.1111/1471-0528.12769.

Tran NT, Najman JM, Hayatbakhsh R. Predictors of maternal drinking trajectories before and after pregnancy: evidence from a longitudinal study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2014a. doi: 10.1111/ajo.12294.

Triche EW, Lundsberg LS. Caffeine is modestly associated with lower birth weight and fetal growth. *Evid Based Med*. 2014;19(1):30. doi: 10.1136/eb-2013-101315.

Tsai IH, Chen CP, Sun FJ, Wu CH, Yeh SL. Associations of the pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcomes in Taiwanese women. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2012;21(1):82-7.

Tu N, King JC, Dirren H, Thu HN, Ngoc QP, Diep AN. Effect of animal-source food supplement prior to and during pregnancy on birthweight and prematurity in rural Vietnam: a brief study description. *Food Nutr Bull*. 2014;35(4 Suppl):S205-8.

Tucker CM, Berrien K, Menard MK, Herring AH, Daniels J, Rowley DL y col. Predicting Preterm Birth Among Women Screened by North Carolina's Pregnancy Medical Home Program. *Matern Child Health J.* 2015.

Turner ER. Nutrition in pregnancy. En: Ross AC (ed). *Modern Nutrition In Health And Disease*. 11ª ed. Philadelphia: Wolters Kluner; 2014. 684-697.

Uauy R, Corvalan C, Casanello P, Kuzanovic J. Intervention strategies for preventing low birthweight in developing countries: importance of considering multiple interactive factors. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2013;74:31-52. doi: 10.1159/000348391. Ungerer M, Knezovich J, Ramsay M. In utero alcohol exposure, epigenetic changes, and their consequences. *Alcohol Res.* 2013;35(1):37-46.

Uusitalo L, Uusitalo U, Ovaskainen ML, Niinistö S, Kronberg-Kippilä C, Marjamäki L y col. Sociodemographic and lifestyle characteristics are associated with antioxidant intake and the consumption of their dietary sources during pregnancy. *Public Health Nutr.* 2008;11(12):1379-88. doi: 10.1017/S1368980008003522.

Valera-Gran D, García de la Hera M, Navarrete-Muñoz EM, Fernandez-Somoano A, Tardón A, Julvez J y col. Folic acid supplements during pregnancy and child psychomotor development after the first year of life. *JAMA Pediatr.* 2014;168(11):e142611. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.2611.

van den Berg G, van Eijnsden M, Vrijkotte TG, Gemke RJ. Educational inequalities in perinatal outcomes: the mediating effect of smoking and environmental tobacco exposure. *PLoS One.* 2012;7(5):e37002. doi: 10.1371/journal.pone.0037002.

van der Wulp NY, Hoving C, Eijmael K, Candel MJ, van Dalen W, De Vries H. Reducing alcohol use during pregnancy via health counseling by midwives and internet-based computer-tailored feedback: a cluster randomized trial. *J Med Internet Res.* 2014;16(12):e274. doi: 10.2196/jmir.3493.

van Uitert EM, Steegers-Theunissen RP. Influence of maternal folate status on human fetal growth parameters. *Mol Nutr Food Res.* 2013;57(4):582-95. doi: 10.1002/mnfr.201200084.

van Uitert EM, van der Elst-Otte N, Wilbers JJ, Exalto N, Willemsen SP, Eilers PH y col. Periconception maternal characteristics and embryonic growth trajectories: the

Rotterdam Predict study. *Hum Reprod.* 2013a;28(12):3188-96. doi: 10.1093/humrep/det375.

van Uiter EM, van Ginkel S, Willemsen SP, Lindemans J, Koning AH, Eilers PH. An optimal periconception maternal folate status for embryonic size: the Rotterdam Predict study. *BJOG.* 2014;121(7):821-9. doi: 10.1111/1471-0528.12592

Vandevijvere S, Amsalkhir S, Mourri AB, Van Oyen H, Moreno-Reyes R. Iodine deficiency among Belgian pregnant women not fully corrected by iodine-containing multivitamins: a national cross-sectional survey. *Br J Nutr.* 2013;109(12):2276-84. doi: 10.1017/S0007114512004473.

Vanhees K, Vonhögen IG, van Schooten FJ, Godschalk RW. You are what you eat, and so are your children: the impact of micronutrients on the epigenetic programming of offspring. *Cell Mol Life Sci.* 2014;71(2):271-85. doi: 10.1007/s00018-013-1427-9.

Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid.* 2010;2010. pii: 1411.

Vázquez-Nava F, Gil-Lara B, Cruz-Torres L, Vázquez-Rodríguez CF, Vázquez-Rodríguez EM, Felizardo-Ávalos J y col. Association between unplanned pregnancy and adolescence onset asthma. *Rev Alerg Mex.* 2013;60(4):152-60.

Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol.* 2013;23(9):R401-8. doi: 10.1016/j.cub.2013.02.037.

Verbeke W, De Bourdeaudhuij I. Dietary behavior of pregnant women compared to non-pregnant. *Appetite.* 2007;48:78-86.

Vikanes A, Grjibovski AM, Vangen S, Gunnes N, Samuelsen SO, Magnus P. Maternal body composition, smoking, and hyperemesis gravidarum. *Ann Epidemiol.* 2010;20(8):592-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2010.05.009.

Vila L, Serra-Prat M, de Castro A, Palomera E, Casamitjana R, Legaz G y col. Iodine nutritional status in pregnant women of two historically different iodine-deficient areas of Catalonia, Spain. *Nutrition.* 2011;27(10):1029-33. doi: 10.1016/j.nut.2010.11.012.

Villar-Vidal M, Amiano P, Rodríguez-Bernal C, Santa Marina L, Mozo I, Vioque J. Compliance of nutritional recommendations of Spanish pregnant women according to

sociodemographic and lifestyle characteristics: a cohort study. *Nutr Hosp.* 2015;31(4):1803-12. doi: 10.3305/nh.2015.31.4.8293.

Viteri OA, Soto EE, Bahado-Singh RO, Christensen CW, Chauhan SP, Sibai BM. Fetal Anomalies and Long-Term Effects Associated with Substance Abuse in Pregnancy: A Literature Review. *Am J Perinatol.* 2014.

Vu TT, Nguyen TL, Nguyen CK, Nguyen TD, Skeaff CM, Venn BJ y col. Folate and vitamin B12 status of women of reproductive age living in Hanoi City and Hai Duong Province of Vietnam. *Public Health Nutr.* 2009;12(7):941-6. doi: 10.1017/S1368980008003479.

Wagner CL, Taylor SN, Johnson DD, Hollis BW. The role of vitamin D in pregnancy and lactation: emerging concepts. *Womens Health (Lond Engl).* 2012;8(3):323-40. doi: 10.2217/whe.12.17.

Weernink MG, van Wijk RM, Groothuis-Oudshoorn CG, Lanting CI, Grant CC, van Vlimmeren LA y col. Insufficient vitamin D supplement use during pregnancy and early childhood: a risk factor for positional skull deformation. *Matern Child Nutr.* 2014: 10.1111/mcn.12153.

Wehby GL, Wilcox A, Lie RT. The Impact of Cigarette Quitting during Pregnancy on Other Prenatal Health Behaviors. *Rev Econ Househ.* 2013;11(2):211-233.

Weigel MM, Coe K, Castro NP, Caiza ME, Tello N, Reyes M. Food aversions and cravings during early pregnancy: association with nausea and vomiting. *Ecol Food Nutr.* 2011;50(3):197-214. doi: 10.1080/03670244.2011.568906.

Wen LM, Flood VM, Simpson JM, Rissel C, Baur LA. Dietary behaviours during pregnancy: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:13. doi: 10.1186/1479-5868-7-13.

Wen LM, Simpson JM, Rissel C, Baur LA. Maternal "junk food" diet during pregnancy as a predictor of high birthweight: findings from the healthy beginnings trial. *Birth.* 2013;40(1):46-51. doi: 10.1111/birt.12028.

Wennberg AL, Hamberg K, Hörnsten A. Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. *Sex Reprod Healthc.* 2014;5(3):107-12. doi: 10.1016/j.srhc.2014.07.001.

Whitney E, Rolfes SR. Pregnancy and Lactation. En: Felman E (ed). Understanding Nutrition. 13ª ed. Australia: Wadworth, Cengage Learning; 468-503.

Wierzejska R, Jarosz M, Siuba M, Sawicki W. Comparison of maternal and fetal blood levels of caffeine and its metabolite. A pilot study. *Ginekol Pol.* 2014;85(7):500-3.

Wilkinson SA, McIntyre HD. Evaluation of the 'healthy start to pregnancy' early antenatal health promotion workshop: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:131. doi: 10.1186/1471-2393-12-131.

Willett W, Stampfer MJ. Total energy intake: implications for epidemiologic analyses. *Am J Epidemiol.* 1986;124(1):17-27.

Willet WC, Sampson L, Stampfer MJ, Rosner B, Bain C, Witschi J, Hennekens CH, Speizer FE. Reproducibility and validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. *Am J Epidemiol.* 1985;122(1):51-65.

Wise J. Daily iron during pregnancy improves birth weight. *BMJ.* 2013;346:f3997. doi: 10.1136/bmj.f3997.

Wise NJ, Arcamone AA. Survey of adolescent views of healthy eating during pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;36(6):381-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e31822f4778.

Witt WP, Mandell KC, Wisk LE, Cheng ER, Chatterjee D, Wakeel F y col. Predictors of alcohol and tobacco use prior to and during pregnancy in the US: the role of maternal stressors. *Arch Womens Ment Health.* 2014.

Wojtyła A, Bojar I, Boyle P, Zatoński W, Marcinkowski JT, Biliński P. Nutritional behaviours among pregnant women from rural and urban environments in Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2011;18(1):169-74.

Wojtyła C, Głuszek Ł, Biliński P, Paprzycki P, Warzocha K. Smoking during pregnancy--hematological observations in pregnant women and their newborns after delivery. *Ann Agric Environ Med.* 2012;19(4):836-41.

Wood-Bradley RJ, Henry SL, Vrselja A, Newman V, Armitage JA. Maternal dietary intake during pregnancy has longstanding consequences for the health of her offspring. *Can J Physiol Pharmacol.* 2013;91(6):412-20. doi: 10.1139/cjpp-2012-0352.

World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation on anthropometry. WHO Technical Report Series 854, Geneva 1995.

Wrzosek M, Łukaszkiwicz J, Wrzosek M, Jakubczyk A, Matsumoto H, Piątkiewicz P y col. Vitamin D and the central nervous system. *Pharmacol Rep*. 2013;65(2):271-8.

Wulandari LP, Klinken Whelan A. Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. *Midwifery*. 2011;27(6):867-71. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.005.

Xi Y, Zhou J, Kong WF, Wang Q, Liu B, Zheng H y col. Influence of prenatal alcohol exposure on retinal development and cell differentiation. *Sheng Li Xue Bao*. 2013;65(5):505-12.

Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC Public Health*. 2011;11 Suppl 3:S21. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S21.

Yang Z, Huffman SL. Nutrition in pregnancy and early childhood and associations with obesity in developing countries. *Matern Child Nutr*. 2013;9 Suppl 1:105-19. doi: 10.1111/mcn.12010.

Yeasmin SF, Regmi K. A qualitative study on the food habits and related beliefs of pregnant British Bangladeshis. *Health Care Women Int*. 2013;34(5):395-415. doi: 10.1080/07399332.2012.740111.

Yin J, Quinn S, Dwyer T, Ponsonby AL, Jones G. Maternal diet, breastfeeding and adolescent body composition: a 16-year prospective study. *Eur J Clin Nutr*. 2012;66(12):1329-34. doi: 10.1038/ejcn.2012.122.

Zhao X, Jiang X, Zhu J, Li G, He X, Ma F y col. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconceptional instrument to assess healthcare needs. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:360. doi: 10.1186/1471-2393-14-360.

Zhu JL, Olsen J, Liew Z, Li J, Niclasen J, Obel C. Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort. *Pediatrics*. 2014;134(2):e382-8. doi: 10.1542/peds.2014-0213.



Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89(2): 668S-72S. doi: 10.3945/ajcn.2008.26811C.

Zuccolo L, Lewis SJ, Smith GD, Sayal K, Draper ES, Fraser R y col. Prenatal alcohol exposure and offspring cognition and school performance. A 'Mendelian randomization' natural experiment. *Int J Epidemiol.* 2013;42(5):1358-70. doi: 10.1093/ije/dyt172.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1 Carta a la matrona del centro de salud

Facultad de Farmacia  
Departamento de Nutrición  
Ciudad Universitaria  
28040-MADRID

Madrid, de de 2008

Estimada...

Tal y como le anunciamos por conversación telefónica, estamos llevando a cabo un estudio en el Departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, con el fin de conocer los hábitos dietéticos y los conocimientos nutricionales de las gestantes de la Comunidad de Madrid. El estudio tiene la pretensión de abarcar las once áreas de salud que existen en nuestra Comunidad y nos gustaría contar con la colaboración de su centro dentro del área....., para la realización del mismo.

El estudio va dirigido a mujeres en el tercer trimestre de embarazo y consiste básicamente, en rellenar un cuestionario compuesto por 58 ítems acerca de sus hábitos alimentarios, así como sobre sus creencias, conocimientos y opiniones acerca de la nutrición.

La recogida de datos se llevaría a cabo entre los meses de enero a diciembre de 2008 e inicialmente se ha pensado en los cursos de preparación al parto como lugar de captación de la muestra y cumplimentación de los cuestionarios, ya que el proceso apenas duraría una hora y de esta forma se podrían resolver “in situ” las dudas que pudieran surgir a la hora de rellenarlo, pero estamos abiertos a cualquier posibilidad, tanto de fechas, como de forma elegida para rellenar el cuestionario.

Posteriormente a la realización del estudio, si le puede resultar de interés para el grupo de gestantes con el que trabaja, nos ofrecemos para dar una charla, dentro del curso, sobre la “nutrición en la mujer gestante”.

La semana que viene, nos pondremos de nuevo en contacto con usted para concertar (si está de acuerdo con la realización del estudio) una cita, con el fin de comentarle más acerca del mismo y concretar las fechas y la forma más oportuna para poder llevarlo a cabo.

Esperando contar con su participación, quedamos a su disposición

Reciba un atento saludo

Profa. Dra. Beatriz Navia Lombán

Departamento de Nutrición

Facultad de Farmacia. UCM.

Ciudad Universitaria s/n

Tfno.: +34 91 394 20 57

Fax.: + 34 91 394 17 32

e-mail: bnavialo@farm.ucm.es

## **Anexo 2 Consentimiento informado**

### **AUTORIZACIÓN**

Yo,

Dña.....

Declaro haber sido informada de las características del estudio para conocer los hábitos dietéticos y los conocimientos nutricionales de las gestantes de la Comunidad de Madrid. Por lo que acepto la realización del mismo y facilito mi teléfono, únicamente para poder ser preguntado por los detalles del fin del embarazo y el parto (peso y talla del niño, peso final de la madre y tipo de parto).

Firma

En Madrid, a ..... de .....de 2008.

## Anexo 3 Cuestionario de Nutrición para Gestantes

Facultad de Farmacia  
Departamento de Nutrición  
Ciudad Universitaria  
28040-MADRID

### I-DATOS IDENTIFICATIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

DOMICILIO:.....

Población:.....Provincia:.....

Teléfono:.....

Edad:.....años País de origen:.....

Tiempo de residencia en España<sup>(1)</sup>.....

Tiempo de residencia en la Comunidad de Madrid<sup>(1)</sup>.....

(1) Responda solo en caso de que el país de origen sea distinto a España

CENTRO DE SALUD:.....ÁREA.....

### II- DATOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Número de semanas de gestación.....semanas

2. ¿Cuántos hijos tiene contando con este que viene?.....hijos

3. ¿Planificó su embarazo?

a. Sí

b. No

4. ¿Cuánto mide usted?.....cm

5. ¿Cuál es su peso actual?.....Kg

6. ¿Cuál era su peso antes de quedarse embarazada?.....Kg

7. Describiendo su peso previo al embarazo, puede decir que era:

a. Demasiado delgada

b. De peso adecuado

c. Con sobrepeso

d. Obesa

8. ¿Cuántos kilos cree que debería ganar en total a lo largo de todo el embarazo?.....Kg

**III- HABITOS ALIMENTARIOS**

---

**9. ¿Siente más apetito ahora al estar embarazada que cuando no lo estaba?**

- a. Sí
- b. No

**10. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le gusten más ahora que está embarazada?**

- a. Si
- b. No

**11. En caso afirmativo, especifique cuales.....**

**12. ¿Hay algunos alimentos o comidas que no le gusten ahora que está embarazada?**

- a. Sí
- b. No

**13. En caso afirmativo, especifique cuales.....**

**14. ¿Hay algunos alimentos que le sienten mal ahora que está embarazada?**

- a. Sí
- b. No

**15. En caso afirmativo, especifique cuales.....**

**16. ¿Ha tenido antojos en algún momento del embarazo?**

- a. Sí
- b. No

**17. En caso afirmativo, indique los alimentos antojados.....**

.....

**18. ¿Sigue algún tipo de régimen?**

- a. No, ninguno
- b. Sí, control de peso
- c. Sí, colesterol
- d. Sí, diabetes
- e. Sí, otro (especificar).....

**19. En caso afirmativo ¿quién le ha indicado la necesidad de realizar el régimen?**

- a. Iniciativa propia

- b. Médico
- c. Matrona/enfermera/ATS
- d. Otros (especificar).....

20. ¿Cuántas veces come al día habitualmente? .....

21. ¿Cuáles de estas comidas realiza normalmente?

- a. Al levantarse
- b. Desayuno
- c. Media mañana
- d. Comida
- e. Merienda
- f. Cena
- g. Al acostarse
- h. Otros

22. Indique la frecuencia con la que **SUELE CONSUMIR** los siguientes alimentos, especificando si se trata de veces/día, veces/semana o veces/mes

Alimentos	Frecuencia de consumo en veces/día, veces/semana ó veces/mes
Pan	
Pasta, arroz y otros cereales	
Legumbres	
Verduras y hortalizas crudas	
Verduras y hortalizas cocinadas	
Frutas	
Leche	

Yogures y leches fermentadas	
Quesos	
Carnes	
Pescados	
Huevos	
Grasas y aceites	
Dulces	
Agua	
Bebidas no alcohólicas	
Bebidas alcohólicas	

#### IV. ESTILO DE VIDA

**23. ¿Fumaba antes del embarazo?**

- a. Sí
- b. No

**24. En caso afirmativo, indique el número de cigarrillos/día.....**

**25. Si fumaba antes, ¿Ha dejado de fumar con motivo del embarazo?**

- a. Si
- b. No

**26. Si fuma, indique el número de cigarrillos/día.....**

**27. ¿Consume bebidas con alcohol?**

- a. Si
- b. No

**28. En caso afirmativo, indique el tipo de bebida y la cantidad consumida en veces/día, veces/semana ó veces/mes.....**

**29. ¿Consume bebidas con cafeína (café, té, refrescos de cola, etc.)?**

- a. Si
- b. No

**30. En caso afirmativo, indique el tipo de bebida y cantidad consumida en veces/día, veces/semana ó veces/mes.....**

## **V. ALTERACIONES EN EL EMBARAZO**

---

**31. ¿Ha sentido náuseas o vómitos en alguna etapa del embarazo?**

- a. Si
- b. No

**32. En caso afirmativo, ¿en cuál?**

- a. 1er Trimestre
- b. 2do Trimestre
- c. 3er Trimestre

**33. ¿Ha tenido durante el embarazo alguna de las siguientes alteraciones?**

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| a. Estreñimiento  | e. Bajada de azúcar     |
| b. Hemorroides    | f. Diabetes gestacional |
| c. Reflujo/Acidez | g. Otras (especificar): |
| d. Hipertensión   | h. No, ninguna          |

**34. ¿Ha tenido anemia durante el embarazo?**

- a. Si
- b. No

**35. ¿Y antes del embarazo?**

- a. Sí
- b. No

## **VI. CONSUMO DE SUPLEMENTOS**

---

**36. ¿Ha tomado algún tipo de suplemento durante el embarazo?**

- a. Sí
- b. No



**37. En caso afirmativo, indique el tipo de suplemento, especificando en que trimestre/s lo ha tomado, por qué razón y quién se lo indicó:**

TIPO DE SUPLEMENTO	TRIMESTRE/S (1º, 2º, 3º)	RAZÓN (PREVENTIVO, DEFICIENCIA, OTRAS)	INDICADO POR (MÉDICO, INICIATIVA PROPIA, OTROS)
Hierro			
Calcio			
Zinc			
Acido fólico			
Polivitamínicos			
Otros (especificar)			

**38. ¿Ha tomado algún tipo de suplemento en los meses previos al embarazo?**

- c. Sí
- d. No

**39. En caso afirmativo, indique el tipo de suplemento, especificando cuando lo ha tomado, por qué razón y quién se lo indicó:**

TIPO DE SUPLEMENTO	CUANDO LO TOMÓ (MESES ANTES DEL EMBARAZO)	RAZÓN (PREVENTIVO, DEFICIENCIA, OTRAS)	INDICADO POR (MÉDICO, INICIATIVA PROPIA, OTROS)
Hierro			
Calcio			
Zinc			
Acido fólico			
Polivitamínicos			
Otros (especificar)			

## VII. CONOCIMIENTOS

**40. Indique cuáles de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de colesterol/grasa en la sangre** (tache la opción que considere correcta)

Aceite de oliva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Lentejas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Pan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Avellanas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Chorizo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Cereales de desayuno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Margarina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Carne	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Mantequilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Pasteles	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Queso graso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Sardinas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Huevos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Bollería	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé

**41. Indique cuáles de los siguientes alimentos son ricos en calcio** (tache la opción que considere correcta)

Queso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Mantequilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Tomate	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Sardinas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Leche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé		

**42. Señale cuales de los siguientes alimentos son ricos en grasa** (tache la opción que considere correcta)

Huevos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Galletas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Arroz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Chorizo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Leche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Avellanas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Pasteles	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Chocolate	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Lentejas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Cereales de desayuno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Carne	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé		

**43. Indique cuales de los siguientes alimentos son una buena fuente de vitamina C** (tache la opción que considere correcta)

<b>Huevos</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	<b>Leche</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Pimientos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Naranjas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Mantequilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Pan	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Galletas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé

44. ¿Qué componente de los alimentos aporta más calorías por unidad de peso? (**rodee con un círculo la opción que considere correcta**)

- a. Grasa
- b. Carbohidratos
- c. Proteínas
- d. No sabe/No contesta

## VIII. OPINIONES

---

45. ¿Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

46. ¿Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud de la madre?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

47. ¿Cree que su alimentación es correcta?

- a. No
- b. Poco
- c. Bastante/Podría mejorar
- d. Mucho
- e. No sabe/No contesta

48. Indique la frecuencia con la que **CREE QUE SE DEBEN CONSUMIR** los siguientes alimentos, por la población general y por las mujeres embarazadas, especificando si se trata de veces/día, veces/semana o veces/mes

Alimentos	Frecuencia de consumo CONVENIENTE veces/día, veces/semana ó veces/ mes	
	Población general	Gestantes
Pan		
Pasta, arroz y otros cereales		
Legumbres		
Verduras y hortalizas crudas		
Verduras y hortalizas cocinadas		
Frutas		
Leche		
Yogures y leches fermentadas		
Quesos		
Carnes		
Pescados		
Huevos		
Grasas y aceites		
Dulces		
Agua		
Bebidas no alcohólicas		
Bebidas alcohólicas		

**49. Con respecto a la energía y los nutrientes, en la dieta de una mujer embarazada se debería modificar...** (rodee con un círculo lo que cree que es necesario modificar y tache la opción aumentar, disminuir o no modificar, según crea conveniente)

- |    |                                      |                                   |                                    |                                       |
|----|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| a. | No se debería modificar nada         |                                   |                                    |                                       |
| b. | Ingesta de calorías                  | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| c. | Ingesta de sodio (sal)               | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| d. | Ingesta de grasa/Colesterol          | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| e. | Ingesta de vitaminas/ minerales      | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| f. | Ingesta de líquidos (agua, zumos...) | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| g. | Ingesta de fibra                     | <input type="checkbox"/> Aumentar | <input type="checkbox"/> Disminuir | <input type="checkbox"/> No modificar |
| h. | Otros aspectos (especificar).....    |                                   |                                    |                                       |

50. Responda Verdadero (V) o falso (F) o No sabe/No contesta (NS/NC) las siguientes afirmaciones:

- a. El aceite de oliva tiene colesterol
- b. Las espinacas son una fuente de hierro mejor que la carne
- c. La margarina vegetal tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla
- d. Es conveniente moderar el consumo de pan para prevenir la obesidad
- e. La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de embarazo puede producir malformaciones en el feto
- f. El hierro se absorbe mejor si se toma con alimentos ricos en vitamina C
- g. En el embarazo lo importante respecto a la ingesta de grasa es la cantidad, que no debe ser muy elevada, no el tipo de grasa que se ingiere
- h. El calcio procedente de alimentos de origen animal se absorbe peor que el procedente de alimentos de origen vegetal
- i. La luz solar supone una fuente importante de vitamina D para nuestro organismo
- j. La embarazada debe comer por dos

**51. Cite tres alimentos que considere sanos**.....

**¿Por qué?**.....

**52. Cite tres alimentos que considere perjudiciales para la salud**

.....

**¿Por qué?**.....

**53. Cite tres alimentos que se deben moderar o evitar cuando se está embarazada.**.....

**¿Por qué?**.....

**54. Cite tres alimentos cuyo consumo se debe aumentar cuando se está embarazada**

.....

**¿Por qué?**.....

**55. ¿Cree que tiene unos buenos conocimientos sobre nutrición?**

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe/No contesta

**56. Los conocimientos que tiene acerca de la nutrición ¿dónde los ha adquirido?**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Familia (especificar)..... | e. Publicidad               |
| b. Amigos                     | f. Médico                   |
| c. Televisión                 | g. Matrona/Enfermera/ATS    |
| d. Revistas                   | h. Otros (especificar)..... |

**57. De las siguientes fuentes de información, indique cuales son las que considera más fiables (F) y cuales cree que transmiten información más errónea (E) en materia nutricional**

Revistas femeninas

Profesores

Periódicos

Radio

Médicos

Dietistas/Nutricionistas

Libros de cocina

Etiqueta de los productos

Libros de nutrición

Farmacias

TV

Tienda de ultramarinos

Amigos

Publicidad

Herbolarios o tiendas de "alimentos sanos"

Familiares

**58. ¿Le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud?**

- a. Sí
- b. No, la que tengo es suficiente
- c. No sabe/No contesta

#### Anexo 4. Datos demográficos

Estado civil

1.Soltera

2.Casada/convivencia con pareja

3.Viuda

4.Divorciada/separada

5.Otros (especificar).....

¿Trabaja?

1.Sí

2.No

¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

(especificar cargo que ocupa, situación de empleo, número de trabajadores de la empresa, etc.).

.....

.....

¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad el cabeza de familia o la última que ha desempeñado? (especificar cargo que ocupa, situación de empleo, número de trabajadores de la empresa, etc.).

.....

.....

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?

Usted.....

Cabeza de familia.....



## Anexo 5. Recuerdo de 24 horas

### Recuerdo de 24 horas

**Instrucciones :** **Por favor,** anote con la mayor precisión posible la ingesta de alimentos y bebidas realizadas las últimas 24 horas y no olvide los alimentos consumidos entre horas. Debe anotar la cantidad de alimento tomado estimando la ración aproximada y el tipo de alimento (tipo de lácteo, entero o desnatado, pescado blanco o azul, tipo de carne, pan, etc.), e incluso la marca o información del etiquetado). Al anotar los platos describa los ingredientes y el tipo de preparaciones culinaria (cocido, frito, asado, etc.).

**Fecha:**

**Nombre:**

DESAYUNO Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada
MEDIA MAÑANA Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada
COMIDA Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada
MERIENDA Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada
CENA Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada
ENTRE HORAS Lugar: Hora:	Alimentos e ingredientes (tipo)	Cantidad aproximada

